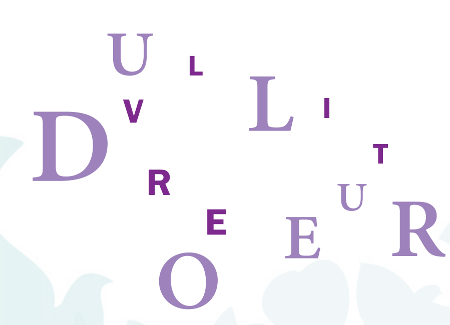
Livret douleur

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Janvier 2011



COMITÉ DE RÉDACTION

Coordinateur : Dr M. Binhas
Membres : Dr G. Abitbol, Dr F. Aubrun, Dr C. Bardin, Dr A. Belbachir, Dr H. Beloeil, Dr M. Binhas, Dr G. Boccara, Dr E. Collin, Dr R. Fuzier, Dr M. Galinski, Dr B. George, Dr A. Habibi, Pr H. Keita, Pr S. Perrot, Dr S. Rostaing, Dr A. Santin, Dr E. Viel, Dr P. Vinant, Dr B. Vincent, Dr D. Saravane, Dr C. Wood

COMITÉ DE LECTURE

Dr F. Aubrun, Mme M. Aubry, Dr C. Bardin, Dr A. Belbachir, Dr M. Binhas, Pr F. Bonnet, Dr L. Brasseur, Dr E. Collin, Dr M. Galinski, Dr E. Guilibert, G. Lebreton, Mme E. Malaquin-Pavan, Dr S. Rostaing, Dr A. Santin, Dr A. Serrie

AVERTISSEMENT

Ce livret a été conçu à l'initiative du Comité central de lutte contre la douleur (CLUD) pour contribuer à la formation des internes de l'AP-HP à la prise en charge de la douleur. Il a été rédigé par des médecins spécialistes de cette prise en charge.

Les recommandations de l'AP-HP constituent une aide à la prise en charge de la douleur. Elles ne se substituent pas aux décisions cliniques des praticiens qui demeurent responsables de leurs prescriptions en toutes circonstances. L'AP-HP ne saurait être tenu responsable de tout préjudice, direct ou indirect, de quelque nature que ce soit, résultant de l'utilisation, même partielle, des informations de cet ouvrage.



Mise en pages : Direction de la Politique Médicale de l'AP-HP
Imprimerie SMS ~ AP-HP © Janvier 2011

SOMMAIRE

Annexes

A - INFORMATION DU PATIENT

Tout patient hospitalisé est en droit d'avoir une information sur la douleur. Cette information doit être idéalement faite avant la survenue de cette douleur et peut avoir lieu avant l'hospitalisation.

Le patient doit être informé :

❶ de la nécessité de signaler sa douleur dès son apparition

❷ des modalités d'évaluation de l'intensité douloureuse

Les échelles validées (EVA, EN ou EVS) seront expliquées dès l'hospitalisation (voire au cours d'une consultation préalable d'anesthésie) lors de l'évaluation systématique de la douleur chez tout patient hospitalisé. L'échelle la mieux comprise par le patient sera choisie et conservée pendant toute son hospitalisation comme outil d'évaluation de l'intensité de sa douleur.

❸ des modalités de prise en charge de sa douleur

- Type de traitement antalgique prescrit :

  ☞ **s'il s'agit de la morphine :** informer le patient de l'absence de risque de toxicomanie et de la prescription habituelle de ce produit dans le cadre des douleurs aiguës sévères.
- Voie d'administration des antalgiques.
- Leurs éventuels effets secondaires (nausées, vomissements, constipation, somnolence, ...) qu'ils doivent signaler aux soignants dès leur apparition.
- Les traitements non médicamenteux éventuels.

❹ de la nécessité de l'observance du traitement antalgique

B - ÉVALUATION DE LA DOULEUR

L'évaluation de la douleur doit être systématique chez tous les patients **même chez ceux qui n'expriment aucune plainte spontanément.** La douleur est considérée comme le 5ème signe vital de surveillance quotidienne des patients et doit être relevée avec la même régularité que la pression artérielle, la température, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire.

Le traitement de la douleur nécessite, pour être efficace, une évaluation comprenant plusieurs étapes indispensables.

❶ Préciser le mécanisme

- douleur nociceptive
- douleur neuropathique ; s'aider du questionnaire DN4 pour les détecter
- douleur mixte associant douleur nociceptive et douleur neuropathique
- douleur de mécanisme incertain (idiopathique)
- douleur psychogène (qui devrait rester un diagnostic d'exclusion)

❷ Avant tout traitement évaluer SYSTEMATIQUEMENT

- sa localisation
- son profil évolutif : diurne ou nocturne, accès douloureux
- son ancienneté : ***une douleur chronique se définit par une durée ≥3 mois***
- son intensité, ***par une échelle unidimensionnelle :***
  - au repos
  - lors des mobilisations et des soins
  - 1h après administration de l'antalgique (pic d'effet de l'antalgique)

Echelle Visuelle Analogique (EVA), Échelle Numérique (EN) : cotées de 0 à 10. L'EN, plus simple que l'EVA, consiste à demander au patient de donner une note entre 0 (« je n'ai pas mal du tout ») et 10 (« j'ai la pire douleur imaginable »).

Il existe une corrélation entre l'EVA et l'EN.

On peut aussi utiliser l'Echelle Verbale Simple (EVS) :

- EVS = 0 Douleur absente
- EVS = 1 Douleur faible
- EVS = 2 Douleur modérée
- EVS = 3 Douleur intense

Il existe une corrélation entre l'EN et l'EVS.

- EN entre 1 et 4 Douleur faible
- EN entre 4 et 6 Douleur modérée
- EN ≥7 Douleur intense

Le choix de l'échelle d'intensité dépend de sa compréhension par le patient. Une fois choisie, elle doit toujours être la même pour le même patient.

En cas de douleur présente, l'intensité de la douleur doit être reportée **au moins 3 fois par 24 h** sur la feuille de surveillance.

❸ Situations particulières

En cancérologie : le « Brief Pain Inventory » permet d'évaluer les intensités de douleur, les différentes localisations possibles, l'impact sur la qualité de vie.

Patient non communicant : des échelles d'hétéro évaluation peuvent être choisies selon le contexte : Algoplus, ECPA, Doloplus (voir pages 43 à 46).

En réanimation, l'intensité de la douleur doit aussi être évaluée chez les patients :

- Patients conscients : utiliser l'EVS ou l'EN
- Patients intubés et ventilés lors des soins douloureux : l'échelle **Behavioral Pain Scale** (score entre 3 et 12) peut être utilisée

Tableau B-1

Behavioral Pain Scale (BPS) *

Critères	Aspects	Score
Expression du visage	Détendu Plissement du front Fermeture des yeux Grimace	1 2 3 4
Tonus des membres supérieurs	Aucun Flexion partielle Flexion complète Rétraction	1 2 3 4
Adaptation au respirateur	Adapté Déclenchement ponctuel Lutte contre ventilateur Non ventilable	1 2 3 4

* Article de référence : Payen JF, Bru O et al. *Assessign pain in critically selected patients by using a behavioral pain scale*. Crit. Care Med. vol. 29 (12) déc. 2001 ; 2258-63.

C - DOULEURS NOCICEPTIVES : UTILISATION DES ANTALGIQUES

❶ Règles générales

- connaître les protocoles du service
- avant la mise en route du traitement antalgique, évaluer l'intensité de la douleur par l'échelle choisie pour un patient donné (EVA, EN ou EVS)
- privilégier la voie orale
- réévaluer et réajuster systématiquement et régulièrement l'efficacité et la tolérance
- administrer à heures fixes (en dehors des interdoses)
- prévoir des interdoses pour les accès douloureux
- tenir compte de la pharmacocinétique des antalgiques
- administrer d'emblée un palier 3 pour les douleurs intenses
- prévenir et traiter les effets indésirables
- adapter les posologies à l'état du patient (âge, poids, fonction rénale, hépatique, …)
- tenir compte des contre-indications et interactions médicamenteuses
- expliquer le traitement au patient et si besoin à son entourage
- associer les antalgiques de différents niveaux pour obtenir un effet antalgique additif ou synergique

❷ Objectifs et modalités des associations d'antalgiques

Augmenter leur efficacité et réduire leurs effets indésirables.

Tableau C-1

L'association de plusieurs antalgiques peut aboutir à un effet antalgique

Additif	Synergique	Infra-additif
= addition des effets antalgiques pris séparément	> addition des effets antalgiques pris séparément	< addition des effets antalgiques pris séparément
ex : paracétamol + morphine	AINS + morphine AINS + néfopam	buprénorphine + opioïde agoniste
		Association contre-indiquée

C - DOULEURS NOCICEPTIVES

❸ Traitement d'une douleur aigue intense

Tableau C-2 Objectifs du traitement antalgique : soulager rapidement en limitant les effets indésirables des antalgiques

Patient	naïf en opioïdes forts	déjà sous opioïdes	insuffisant rénal
Antalgiques	morphine, oxycodone : agents de référence	Forme LI de l'opioïde LP utilisé	• oxycodone, morphine, hydromorphone • nalbuphine, buprénorphine, fentanyl
Délai minimum entre chaque prise	• **Voie orale (LI) ou SC (si voie IV impossible) : 1 h** Si 4 *prises successives en 4 h réajuster le traitement antalgique* • **Voie IV : 5 à 10 minutes**	**Voie orale morphine, oxycodone (LI) : 1 h**	Augmenter l'intervalle entre les prises Avis spécialisé à demander si situation clinique complexe
Posologies initiales	• **Voie IV :** Douleurs très intenses 2 à 3 mg IV / 5 mn en SSPI, SAU ou réanimation Réévaluer après 10 mg titrés Si douleur prolongée prévisible ; relais PCA à prévoir • **Voie orale (LI) ou orodispersible :** 10 à 20 mg / 4 à 6 h Sujet âgé : ↓ doses de 50% ; ↑ l'intervalle entre les prises • **Voie SC :** 5 à 10 mg / 4 à 6 h	En attendant un avis spécialisé indispensable afin de réadapter le traitement : Interdoses =1/6 à 1/10 des posologies de la forme LP / 24 h	Morphine, hydromorphone, oxycodone, fentanyl, diminuer les doses : • nalbuphine IV ou SC : 0,2 mg/kg/4 h • buprenorphine sublingual : 0,2-0,4 mg / 6-8 h • Contre indication de la morphine en PCA IV si Cl Creat< 10 ml/mn (risque de dépression respiratoire retardée) à remplacer par fentanyl ou sufentanyl
Principaux effets indésirables à craindre	**En début de traitement :** Somnolence Dépression respiratoire **Chez les personnes âgées :** Somnolence Dépression respiratoire Hallucinations Syndromes confusionnels	**Constipation :** Conseils hygiéno-diététiques systématiques et traitement préventif par : • laxatif osmotique (Movicol®, Forlax®, Duphalac®) • à associer à J3 à laxatif péristaltique (Péristaltine®) si persistance de la constipation • Eductyl®, lavements par Normacol®	Dépression respiratoire

C - DOULEURS NOCICEPTIVES

❹ Stratégie d'utilisation des opioïdes forts per os pour une douleur cancéreuse (cf chapitre F)

❺ Association à des co-antalgiques (pas d'effet antalgique propre mais augmentation de l'effet des antalgiques associés)

- corticoïdes (action anti-œdémateuse)
- biphosphonates (douleur des métastases osseuses ou immobilisation orthopédique ou chirurgicale lors de fractures)

❻ Les trois paliers de l'OMS (voir ci-après, pages 11 à 16)

❼ Stratégie d'utilisation des opioïdes forts per os pour une douleur chronique non cancéreuse (DCNC)

Synthèse des recommandations de l'AFSSAPS et de Limoges (pour en savoir plus : www.afssaps.fr) :

- **le recours aux opioïdes forts est un traitement de seconde intention ; évaluer préalablement le rapport bénéfice /risque notamment de dépendance physique ou psychique ou d'effets indésirables délétères**
- privilégier les associations thérapeutiques
- privilégier un seul prescripteur et un suivi régulier
- un contrat d'objectif et de moyen entre le prescripteur et le patient s'impose
- un avis complémentaire d'une équipe entraînée peut être nécessaire
- le mécanisme physiopathologique et la cause doivent être identifiés
- pas d'indication des opioïdes dans les migraines ou les douleurs psychogènes et dans toute douleur dont le mécanisme n'est pas clairement établi

Tableau C-3
Morphine : AMM pour DCNC intenses non soulagées par les paliers I ou II
Voie IV à proscrire

Mise en route du traitement	• **Morphine LP (si douleur permanente)** 10 à 30 mg 1 à 2 fois / 24 h Selon les horaires de la douleur (diurne et/ou nocturne). • **Morphine LI (si douleur intermittente)** **ou chez le sujet très âgé :** 2 ,5 à 5 mg 2 à 6 fois / 24 h
Titration et adaptation des posologies	**↑ 1/3 (au maximum) de la dose / 24h de la veille** • **En fin de titration chez le sujet très âgé : conversion dose quotidienne en forme LP** • **En fin de titration :** évaluer bénéfice/risque pour poursuivre ou arrêter le traitement
Surveillance / Evaluation	**1 fois / semaine le premier mois** Adaptation des doses + évaluation du rapport bénéfice /risque **Puis tous les 28 jours**
Remise en cause de l'intérêt des opioïdes forts	• Si douleur insuffisamment soulagée avec morphine 120 mg/24h • Pas d'efficacité sur l'intensité de la douleur • Epuisement de l'effet (hors aggravation de la pathologie responsable de la douleur) • Effets indésirables non contrôlés • Non observance, mésusage, impossibilité de suivi régulier par le même prescripteur • Développement d'une dépendance psychique
Arrêt du traitement	Progressif : ↓ 1/3 dose précédente / jour (ou par semaine si traitement prolongé)

D - PALIERS DE L'OMS

Tableau D-1
Palier 1 – non opioïdes – douleurs de faible intensité

DCI	Spécialités	Pic d'action	Durée d'action	Précaution d'emploi	Contre-indications	Effets indésirables	Associations
Paracétamol voie orale	**Doliprane®, Efferalgan®, Dafalgan® :** cp, gel, sachet **1g/ 4 à 6 h sans dépasser 4g/24 h**	60 mn (si forme effervescente : 30 à 60 mn)	4-6 h	• Insuffisance rénale sévère : prises toutes les 8h, pas plus de 3g/24h. • Atteinte hépatique • Déficit en glutathion synthétase	Insuffisance hépatique sévère hypersensibilité	Insuffisance hépatique si dose supra-thérapeutique Réactions allergiques rares	
Paracétamol voie IV	**Perfalgan®** Perf IV 1 gr / 6 h sans dépasser 4 g / 24 h	15 mn	4-6 h				
AINS* voie orale: ketoprofène…	**Profenid® *(kétoprofène)*** 100 mg / 8 h	60-90 mn	6-8 h	Durée de traitement la plus courte possible Age > 65 ans Déshydratation (risque IRA) IHC et insuffisance rénale Antécédents ulcère ou saignements digestifs	Ulcère gastro-duodénal évolutif Syndrome hémorragique Hypersensibilité (AINS ou aspirine) IHC et/ou rénale évoluée grossesse et allaitement	Troubles digestifs (lésions gastro-duodénales, hémorragies…) Insuffisance rénale aigue Allergie Thrombocytémie	**A surveiller :** Antihypertenseurs Diurétiques, IEC Corticoïdes Interféron alpha **Déconseillées :** Lithium Anticoagulants Anti-aggrégants et thrombolytiques Méthotrexate Salicylés
	Profenid LP® 200 mg/24 h	3 h (cp) 6 h (gel)	24 h				
AINS* voie IV : ketoprofène…	**Profenid® 100 mg / 8 h**	5 mn	6-8 h				
Nefopam voie IV	**Acupan®** 20 à 120 mg 20 mg/4 h injection IV en 45 mn ou en perfusion continue en SAP sur 24 h, ou IM	30-60 mn	4-6 h	• ATCD cardiovasculaire • Insuffisance hépatique / rénale • Sujet âgé	Epilepsie Glaucome Hypertrophie prostatique Insuffisance rénale sévère	Nausées, vomissements Somnolence vertiges Tachycardie Sueurs, malaise rétention aigue d'urine	Autres anticholinergiques

**Les AINS sont classés dans le Palier I mais ont une puissance antalgique proche des antalgiques de palier II (idem pour nefopam)*

Tableau D-2

Palier 2 – Opioïdes faibles - Douleurs de moyenne intensité

DCI	Spécialités	Pic d'action	Durée d'action	Précaution d'emploi	Contre-indications	Effets indésirables	Associations
Codéine	**Sirop de codéine®** 2 à 5 mg / kg / jour **Codenfan®** 0.5-1 mg / kg / 4-8 h	1 h	3-4 h	Insuffisance rénale Sujet âgé Hypertension intracrânienne Toxicomanie Grossesse, allaitement (*prises ponctuelles autorisées, sauf formes LP*)	Insuffisance respiratoire Asthme Allergie IHC décompensée *+ CI paracétamol si association*	**Fréquents :** Nausées, Constipation Somnolence **Rares :** Vomissements, vertiges, Prurit Dépression respiratoire (si surdosage) Risques de polymorphisme génétique	**Déconseillées ou à surveiller :** benzodiazépines, alcool autres dépresseurs SNC **Contre-indiquées :** agonistes-antagonistes opioïdes forts
	Dicodin LP® 60 mg / 12 h	3 h (délai d'action : 2 h)	12 h				
Codéine + paracétamol	**Dafalgan codéiné®** (30 mg de codéine), **Efferalgan codéiné®** (30 mg de codéine) **Klippal®** (25, 50 mg) **Codoliprane®** (20 mg) 1 à 2 cp (gel) / 4 à 6 h Sans dépasser 6 à 8 cp / jour	60 mn (délai d'action : 30 mn)	3-4 h				

Tableau D-2 (suite)

Palier 2 – Opioïdes faibles - Douleurs de moyenne intensité

DCI	Spécialités	Pic d'action	Durée d'action	Précaution d'emploi	Contre-indications	Effets indésirables	Associations
Tramadol voie orale	**TopalgicLP®** **Contramal LP®** **Zamudol LP®** Gel : 50, 100, 150, 200 mg 1 gel / 12h sans dépasser 400 mg / jour **Formes LI :** 50-100 mg toutes les 4 h (max 400 mg / jour)	Pic d'action : 3 h (délai d'action : 2 h) 2 h	12 h 4 à 6 h	Insuffisance hépatique ou rénale Sujet âgé	Hypersensibilité Insuffisance hépatique, rénale et respiratoire sévère épilepsie mal contrôlée *+ CI paracétamol si association*	**Fréquents (moins fréquents avec formes LP) :** Nausées Vomissements Vertiges, malaise Somnolence Constipation Céphalées Hypersudation Sécheresse buccale **Plus rarement :** convulsions	**Déconseillées :** Médicaments abaissant le seuil épileptogène Antidépresseurs sérotoninergiques **A surveiller :** AVK, digoxine (risque de surdosage de ces produits) Dépresseurs SNC et antitussifs opiacés Ondansetron : ↓ effet et durée du tramadol et de l'ondansetron **Contre-indiquées :** Agonistes-antagonistes morphiniques
Tramadol voie IV	**Topalgic®, Contramal®** 50 à 100 mg / 4 à 6 h en injection veineuse lente ou seringue électrique ou PCA sans dépasser 600 mg / jour	10-20 mn	½ vie d'élimination : 5-7 h				
Tramadol + paracétamol	**Ixprim® ou Zaldiar®** 1 à 2 cp / 4 à 6 h sans dépasser 8 cp / jour	60-100 mn	4-5 h				

Tableau D-3

Palier 3 – Opioïdes forts agonistes - Douleurs de forte intensité

DCI	Spécialités	Pic d'action	Durée d'action	Précaution d'emploi	Contre-indications	Effets indésirables	Associations
Morphine orale à libération immédiate	**Sevredol**® cp séc 10, 20 mg **Actiskénan**® gel 5, 10, 20, 30 mg **Oramorph**® **unidose buvables** 10, 30, 100 mg **ou solution à 20 mg/ml** (4 gouttes = 5 mg) Posologie initiale : 1 mg / kg / jour, **1 prise / 4 h**	60 mn (délai d'action : 30 mn)	4 h	• Demi dose chez le sujet fragile : Sujet âgé Insuffisance rénale, Insuffisance hépatique Insuffisance respiratoire Hypovolémie Sujet dénutri • Pathologies urétro-prostatiques	• Insuffisance hépatique ou respiratoire décompensées • Hypertension intracrânienne • Intoxication alcoolique aiguë • Allergie • Allaitement	Sédation Nausées, vomissements Confusion, hallucinations Constipation (prévention systématique) Dysurie Hypotension orthostatique Hypertension intracrânienne Prurit Myoclonies Syndrome de sevrage **Plus rarement :** dépression respiratoire (en cas de surdosage)	**A surveiller :** Autres morphiniques (dont les antitussifs opiacés) Dépresseurs SNC Alcool **Contre-indiquées :** Agonistes-antagonistes morphiniques
Morphine IV à libération immédiate	**Morphine** amp 1, 10, 20, 50, 100, 250, 400, 500, 1000 mg 1 prise / 4 h ou en continu	5-10 mn	4 h				
Morphine SC à libération immédiate		4 à 60 mn	4 h				
Morphine à libération prolongée	**Skénan**® gel 10, 30, 60, 100, 200 mg **Moscontin**® cp non sec 10, 30, 60, 100, 200 mg Posologie initiale : 1 mg / kg / jour 1 prise / 12 h	3 h (délai d'action : 2 h)	12 h				
Oxycodone orale à libération immédiate	**Oxynorm**® cp 5, 10, 20 mg ; 1 prise / 4h **Oxynormoro**® cp orodispersible 5, 10, 20 mg	45 à 60 mn (délai d'action : 30 mn)	4 h	***idem morphine***	***idem morphine***	***idem morphine*** *(meilleur profil de tolérance que la morphine en cas d'insuffisance rénale et chez le sujet âgé alternative possible à la morphine dans la rotation des opioïdes ou en première intention pour la douleur du cancer)*	***idem morphine***
Oxycodone IV ou SC à libération immédiate	**Oxynorm**® amp 10, 20, 50, 200 mg 1 prise / 4 h ou en continu	10 mn	4 h				
Oxycodone à libération prolongée	**Oxycontin**® **LP** cp 5, 10, 20, 40, 80, 120 mg 1 prise / 12 h	60 mn	12 h				

Tableau D-3 (suite)

Palier 3 – Opioïdes forts agonistes - Douleurs de forte intensité

DCI	Spécialités	Pic d'action	Durée d'action	Précaution d'emploi	Contre-indications	Effets indésirables	Associations
Fentanyl transdermique	**Durogésic®, Matrifen®** patch 12, 25, 50, 75, 100 mcg / h Un patch / 3 jours	12 h	3 jours	Changer de place à chaque nouvelle application Hyperthermie (k de 30% du passage transdermique) Insuffisance respiratoire Insuffisance hépatique Insuffisance rénale sévère Sujet âgé, sujet dénutri	Douleur aiguë, postopératoire **+ CI morphine**	Nausées, vomissements Confusion, hallucinations Sédation Dépression respiratoire Constipation (*moindre fréquence qu'avec morphine*) Dysurie Prurit Hypertension intracrânienne Syndrome de sevrage (*alternative possible à la morphine chez sujets intolérants à celle-ci, et en cas de douleur stable*)	***idem morphine***
Fentanyl à libération immédiate	**Actiq®** cp transmuqueux 200, 400, 600, 800, 1200, 1600 mcg **Abstral®** cp sublingual 100, 200, 300, 400, 600, 800 mcg **Actiq®** cp transmuqueux **Abstral®** cp sublingual **Effentora®** cp gingival 100, 200, 400, 600, 800 mcg **Instanyl®** spray nasal 50, 100, 200 mcg **Accès douloureux du cancer**	20-40 mn 22 mn 20-40 mn *délai 15 mn* 22 mn *délai 15 mn* 20-50 mn *délai 3-10 mn* 11-13 mn *délai 7 mn*	2 h 2 h 2 h 2 h 1-2 h 56 mn	Insuffisance respiratoire Insuffisance hépatique Insuffisance rénale sévère Sujet âgé, sujet dénutri	***idem morphine*** **Patient n'étant pas déjà sous opioïdes**		***idem morphine***
Hydromorphone à libération prolongée	**Sophidone®** Gel 4, 8, 16, 24 mg Une prise / 12 h	3 h (délai d'action : 2 h)	12 h	***idem morphine***	***idem morphine***	***idem morphine*** *(meilleur profil de tolérance que la morphine en cas d'insuffisance rénale et chez le sujet âgé - alternative possible à la morphine dans le cadre de la rotation des opioïdes)*	***idem morphine***

Tableau D-4
Palier 3 – Opioïdes forts antagonistes

DCI	Spécialités	Pic d'action	Durée d'action	Précaution d'emploi	Contre-indications	Effets indésirables	Associations
Naloxone *antagoniste spécifique et compétitif des opiacés*	**Narcan®** amp 400 mcg	0,5-2 mn IV 0,1 ml / 2 mn 3 mn SC 0,1 ml / 2 mn	20-30 mn IV 2h30-3 h SC	Maladie cardiovasculaire Toxicomane (possibilité syndrome sevrage) Opioïdes forts au long cours (risque d'hyperalgésie)	Hypersensibilité	Antagonise l'analgésie. En cas de réversion trop rapide : risque de tachycardie et HTA chez les sujets atteints affections cardio-vasculaires	

Tableau D-5
Palier 3 – Opioïdes forts agonistes partiels ou agoniste -antagonistes

DCI	Spécialités	Pic d'action	Durée d'action	Précaution d'emploi	Contre-indications	Effets indésirables	Associations
Buprénorphine	**Temgésic®** cp sublingual 0,2 mg 1-2 cp / 6-8 h	2 h	8 h	Sujet âgé (posologie réduite)	• Association avec opioïdes agonistes faibles et forts • Insuffisance respiratoire et hépatique sévère • Intoxication alcoolique aiguë	Nausées, vomissements Somnolence Hypersudation Constipation **Rarement :** Dépression respiratoire Hallucinations Risque faible de dépendance physique et psychique	**Contre-indiquées :** Association avec opioïdes agonistes faibles et forts **A surveiller :** Benzodiazépines et autres dépresseurs du SNC Alcool (déconseillé)
Nalbuphine	**Nubain®** amp 20 mg, 20 mg / 4h ou 0,2 mg / kg / 4-6 h Dose max : 160 mg / jour	10-20 mn	4-6 h	Insuffisance rénale ou hépatique	Association avec opioïdes agonistes faibles et forts	Nausées, vmissements Somnolence Dépression respiratoire Hypersudation, appétence	***idem buprénorphine***

E – SURVEILLANCE D'UN PATIENT SOUS MORPHINE, GESTION D'UNE DÉPRESSION RESPIRATOIRE

❶ Eléments de surveillance

- Scores d'intensité de la douleur sur une échelle validée : EVA, EN, ou EVS (cf chapitre B)
- Echelle de sédation (EDS) :
  - EDS = 0 : Patient éveillé
  - EDS = 1 : Patient somnolent, facilement éveillable
  - EDS = 2 : Très somnolent, éveillable par stimulation verbale
  - EDS = 3 : Très somnolent, éveillable par stimulation tactile
- Echelle de qualité de la respiration (EQR) :
  - R0 : Respiration normale, Régulière et FR ≥ 10 / mn
  - R1 : Ronflements et FR > 10 / mn
  - R2 : Respiration irrégulière et/ou FR < 10 / mn
  - R3 : Pauses ou apnée
- Autres effets indésirables d'un traitement opioïde
- Satisfaction du patient par rapport au traitement antalgique

❷ Conduite à tenir en urgence lors d'une dépression respiratoire

- Reconnaître une dépression respiratoire secondaire aux opioïdes : EDS ≥ 2 + R2 ou R3

Tableau E-1
Prise en charge d'une dépression respiratoire

Arrêter l'opioïde + stimuler patient + appel médecin **+ si R 3 → Ventilation au masque avec O2**
Narcan® *(naloxone)* : **0,4 mg** (*1 ampoule)* **dilué dans 10 ml de sérum physiologique** **Titration par administration IV : 1ml** (0,04 mg) **/ 2 minutes, jusqu'à R1 ou R0**
Perfusion sur 4 h de la dose titrée (en mg) diluée dans 250 ml de sérum physiologique **+ Surveillance toutes les heures (en USI ou Réanimation, si besoin) pendant le temps correspondant à l'élimination de l'opioïde à l'origine du surdosage**

F – CANCER : PRISE EN CHARGE DES DOULEURS NOCICEPTIVES

❶ Objectifs

- Douleur de fond absente ou d'intensité faible
- Sommeil respecté
- Activités habituelles possibles ou peu limitées par la douleur
- Moins de 4 accès douloureux par jour
- Effets indésirables des traitements mineurs ou absents
- Prévention systématique de la constipation dès le début du traitement opioïde

❷ Choix d'un opioïde fort pour les douleurs fortes par excès de nociception

- **Morphine ou oxycodone** à utiliser en 1ère intention en cas de douleur intense
- **Oxycodone** préférable en cas **d'insuffisance rénale** et chez la **personne âgée**

❸ Initier un traitement par voie orale en 1ère intention (patient naïf d'opioïdes)

Forme prescrite	Indications	Doses initiales *A titre indicatif*
Morphine* à libération immédiate	• Titration • Douleurs très instables • Grêle court ou radique • Malade fragile**	5 à 10 mg / 4 h 5 mg / 4 h si malade fragile**
Morphine* à libération prolongée	• Malade bien équilibré par la morphine LI • Situations autres que celles nécessitant la forme LI	10 à 30 mg / 12 h

** Mise en route avec l'oxycodone possible : oxycodone orale = ½ morphine orale*
*** Malade fragile : insuffisance rénale, hépatique, hypoprotidémie, âge > 85 ans*

Initiation par la forme LP toutes les 12 h, associée à des interdoses morphine LI.
Le lendemain :
Nouvelle posologie LP = posologie LP de la veille + posologie des interdoses prises dans les dernières 24 h, associées à de nouvelles interdoses morphine LI.
Interdoses (LI) = 1/6ème à 1/10ème de la nouvelle posologie de la forme LP.
Rythme des interdoses : 1 h au moins entre chaque prise. Pas plus de 6 prises / 24 h.

Si 4 prises consécutives en 4 h nécessaires pour soulager la douleur : réajuster le traitement de fond après avoir examiné le patient et réévalué sa douleur.
Pour les malades fragiles** (voir page 18) : initialisation par forme LI pour évaluer l'efficacité et la durée d'action de la 1ère dose et déterminer les doses et intervalles ultérieurs.

❹ Initier un traitement par voie orale en 1ère intention chez un patient douloureux chronique déjà sous opioïdes de palier 2

- Démarrer par une dose équianalgésique (voir tableau page 64)
- Commencer par de faibles doses et augmenter lentement les posologies
- Tenir compte d'une éventuelle insuffisance rénale et/ou hépatique (voir malades fragiles)
- Prévoir des interdoses : (voir malades fragiles)

Tableau F-2
Doses équi-analgésiques

DCI	Morphine orale	Oxycodone orale
codéine : 60 mg	10 mg	5 mg
dihydrocodéine : 60mg	20 mg	10 mg
tramadol : 50mg	10 mg	5 mg

❺ Conduite à tenir devant une analgésie insuffisante

- Réévaluer la posologie
- Contrôler l'observance (calendrier)
- Traiter les accès douloureux
- Rechercher et traiter une composante neurogène
- Traiter une anxiété ou une dépression associée
- Changer d'opioïdes en tenant compte des doses équi-analgésiques
- Changer de voie d'administration
- Envisager une technique antalgique spécifique (chimiothérapie, alcoolisation, radiothérapie…)

❻ Choix et mise en route d'un traitement par opioïde fort en 2ème intention

Rotation des opioïdes : changement d'un opioïde fort par un autre

- Elle est indiquée lors d'effets indésirables rebelles, malgré un traitement adéquat, dès lors que l'opioïde utilisé s'avère inefficace.
- Tenir compte des posologies équi-analgésiques entre les produits.
- Les posologies équi-analgésiques ne sont qu'indicatives (grande variabilité interindividuelle).
- Réévaluer l'efficacité et les effets indésirables rapidement et fréquemment après la rotation.

Tableau F-3 Traitement par opioïde fort en 2ème intention

	Indications	Initialisation	Etat d'équilibre
Fentanyl transdermique	• Douleur chronique sévère préalablement équilibrée par morphine ou oxycodone • Rotation des opioïdes • Voie orale impossible • Malabsorption digestive • Carcinose péritonéale	• Pose du 1er patch de fentanyl en même temps que la dernière prise de morphine ou oxycodone LP • Posologie selon : **morphine orale LP 60 mg / 24h = fentanyl TD 25 mcg / h** • Associer des interdoses de morphine ou d'oxycodone LI (voir tableau ci-contre)	72 h. Ne pas changer de dosage avant l'obtention de l'état d'équilibre
Hydromorphone	• Douleurs cancéreuses • Rotation des opioïdes	**30 mg de morphine orale = 4 mg d'hydromorphone** • associer des interdoses (voir tableau F-4)	24 - 48 h

❼ Indications de la voie parentérale dans la douleur du cancer

- Urgence douloureuse
- Voie orale ou transdermique impossibles
- Douleurs non maîtrisées par la voie orale ou la voie transdermique
- Douleur instable, accès douloureux paroxystiques très fréquents

Valve anti-retour systématique pour la voie IV, utiliser de préférence des PCA (cf. p 28).
Tenir compte des tables de conversion si patient déjà sous opioïdes (voir p 64).

❽ Traitement et prévention des accès douloureux paroxystiques

- Utiliser des opioïdes sous formes LI
- Privilégier la même molécule (LI) que celle du traitement de fond (LP)
- Tenir compte du délai d'action des formes LI :
    - morphine LI ou oxycodone LI = 45 minutes
    - fentanyl LI = 20 minutes (sublingual = 10 mn ; gingival = 3 à 10 mn ; nasal = 7 mn)
- Adapter les posologies des formes LI à celles des opioïdes de fond des 24 h (voir tableau ci-dessous)
- Si plus de 3 accès douloureux par jour, augmenter la dose de fond des 24 h

Tableau F-4 Adaptation des posologies des formes LI aux formes LP

Morphine LI/prise	Oxycodone LI/prise	Morphine LP/24h	Oxycodone LP/24h	Hydromorphone LP/24h	Fentanyl TD/h
5 mg	-	30 mg	15 mg	---	12 mcg
10 mg	5 mg	60 mg	30 mg	8 mg	25 mcg
20 mg	10 mg	120 mg	60 mg	16 mg	50 mcg
30 mg	15 mg	180 mg	90 mg	24 mg	75 mcg
40 mg	20 mg	240 mg	120 mg	32 mg	100 mcg

Fentanyl LI : **Abstral**® **comprimé sublingual** :
Indication : accès douloureux liés au cancer chez un patient déjà sous traitement de fond par opioïdes forts (morphine orale ≥ 60 mg / 24 h). Pas plus de 4 cp / 24 h
Titration obligatoire : démarrer par 100 mcg ; si la douleur persiste au bout de 15-30 mn prendre un 2ème comprimé de 100 mcg ; tester la posologie sur plusieurs accès (3-4) ; si obligation de répéter la prise à 15-30 mn ; passer à 200 mcg

Fentanyl LI : Effentora® cp gingival, **Actiq**® cp transmuqueux : idem **Abstral**®

Fentanyl LI : Instanyl® spray nasal : même indication que **Abstral**®. **Titration obligatoire :** démarrer avec 50 mcg ; si douleur persistante après 10 mn : nouvelle dose de 50 mcg dans l'autre narine.

❾ Traitement des effets indésirables des opioïdes

Tableau F-5 Conduite à tenir

Constipation	Nausées, vomissements, somnolence, hallucination	Prurit	Dépression respiratoire
Prévention systématique : laxatif ± accélérateurs de transit : **En cas d'echec :** • Targinact® ou • Relistor®	**Nausées, vomissement** Fréquents la 1ère semaine Metoclopramide ou domperidone : • si action centrale : haloperidol • si action sur le vestibul : scopoderm® • si persiste ensuite : rotation des opioïdes, diminution des posologies, changement de voies d'administration des opioïdes **Somnolence** Fréquente la 1ère semaine ; si persiste, idem ci-dessus **Hallucinations** Rotation des opioïdes, diminution des posologies, changement de voies d'administration des opioïdes	Rotation des opioïdes	cf chapitre E

Si effets secondaires sous traitement opioïde équilibré, rechercher :
- une diminution des douleurs par d'autres traitements (radiothérapie, vertébroplastie…)
- une cause métabolique : insuffisance rénale, hépatique, hypercalcémie, hyponatrémie

La prévention d'un surdosage en morphine (accumulation de métabolites) passe par une vérification systématique de la clairance de la créatinine et une posologie adaptée à la fonction rénale.

- localisation cérébrale, méningite carcinomateuse
- sepsis débutant

❿ Douleurs particulières

- **Mucite**
  - Soins de bouche locaux selon protocole de service
  - Opioïde fort administré par PCA IV + palier 1
- **Métastases osseuses**
  - Douleurs mixtes fréquentes
  - Palier 3 d'emblée (PCA IV bolus + débit continu, souvent nécessaire) ± AINS ou corticoïdes
  - Si atteinte périostée : traiter la composante neuropathique (voir chapitre G)
  - Biphosphonates
  - Traitements spécifiques à discuter en équipe pluridisciplinaire
    - Chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie
    - Chirurgie de fixation ou de décompression, vertébroplastie
    - Techniques anesthésiques spécialisées
    - Alcoolisation, radiofréquence, chimio-embolisation

⑩ Douleurs particulières (suite)

- **Douleurs mixtes** : à rechercher si échec des opioïdes : évaluer et traiter

  Douleurs neuropathiques : très souvent associées (voir chapitre G) :
  - Après certains traitements :

    curage axillaire, thoracotomie, amputation, chimiothérapie (neuropathie des extrémités), radiothérapie (plexite post-radique)
  - Par compression + infiltration des tissus nerveux (utilité des corticoïdes)
- **Céphalée d'hypertension intracrânienne**
  - Position demi-assise (30°)
  - Antalgiques par voie parentérale si vomissements associés + corticoïdes, mannitol
  - Opioïdes injectables en cas de douleur intense (PCA pour traiter les accès)
- **Méningite carcinomateuse**
  - Douleurs multiples, de localisation fluctuante
  - Corticoïdes
  - Traitement de la composante neurogène (très souvent associée)
  - Augmentation prudente des opioïdes, surveillance rapprochée des fonctions cognitives
- **Carcinose péritonéale**
  - Risque d'occlusion
  - Traitement de la constipation : fentanyl transdermique
  - Antispasmodiques à associer : Scoburen®, Scopolamine®. Préférer le fentanyl transdermique ou la PCA à la forme orale pour les opioïdes.

Autres thérapeutiques antalgiques

- Blocs nerveux temporaires (anesthésiques locaux), définitifs (alcoolisation, chirurgie)
- Cathéters péri-médullaires (pompes implantables ou non) morphine, clonidine (Catapressan®), baclofène (Liorésal®), ziconotide (Prialt ®)

Arrêt des opioïdes forts si disparition définitive de la douleur par disparition de la cause ou autre traitement :

- Pas d'arrêt brutal à partir de 30 mg / jour de morphine depuis 1 semaine
- ↓ par palier de 30 à 50 % tous les 2 à 5 jours

G – DOULEURS NEUROPATHIQUES

Les douleurs neuropathiques sont liées à une lésion ou à un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central.

❶ Evaluation clinique : Symptômes douloureux assez spécifiques

Douleurs spontanées : brûlure dans un territoire neurologique précis (douleurs continues + paroxystiques).
Douleurs provoquées : allodynie, hyperalgésie.
Signes sensitifs douloureux ou non : paresthésies ou dysesthésies .

Le questionnaire DN4 distingue les douleurs neuropathiques des autres types de douleur ou détecte une composante neuropathique dans des douleurs mixtes. Il a deux parties (interrogatoire + examen clinique).

Tableau G-1 Types de questions issues du questionnaire DN4 et proposées aux patients pour décrire leurs douleurs

Question 1. La douleur présente-t-elle une des caractéristiques suivantes ?	1. brûlure 2. sensation de froid douloureux 3. décharge électrique
Question 2. La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?	4. fourmillements 5. picotements 6. engourdissements 7. démangeaisons
Question 3. La douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence un des signes suivants ?	8. hypoesthésie au tact 9. hypoesthésie à la piqûre
Question 4. La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :	10. le frottement

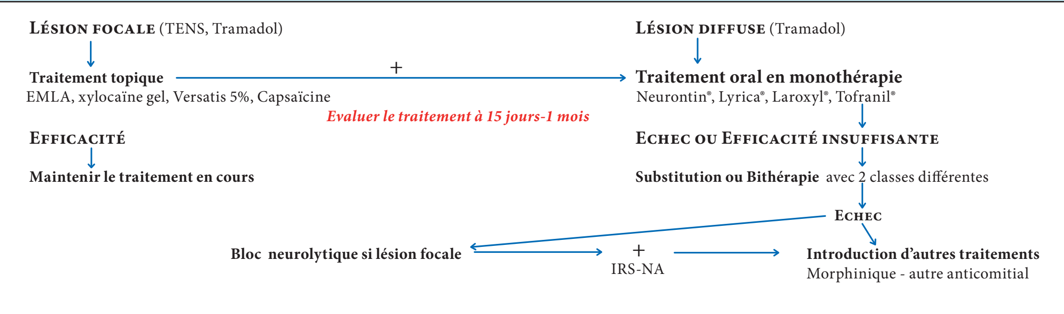
Rechercher des troubles moteurs, vasomoteurs, sudoraux et trophiques locaux associés.
Un score DN4 ≥ 4 pour interrogatoire + examen
DN4 ≥ 3 pour interrogatoire seul
confirme le diagnostic de douleur neuropathique avec une très bonne spécificité (90%) et sensibilité (83%).

❷ Examens complémentaires : réservés aux approches étiologiques et de spécialiste

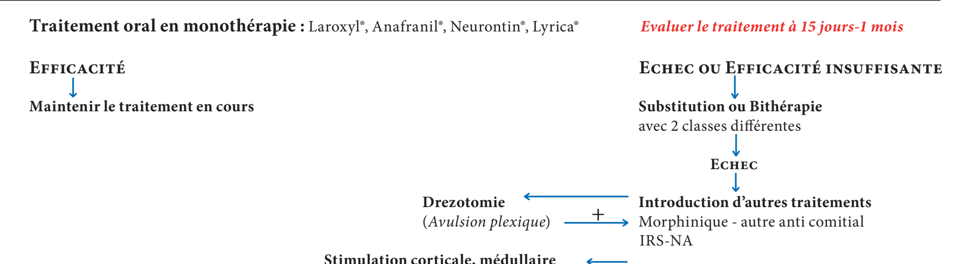
❸ Traitement médicamenteux (voir schéma p. 24 et tableau p. 25)

Principales règles de prescription
• Informer le patient sur les produits, leur efficacité souvent partielle et retardée et leurs effets indésirables **• Effectuer une titration (↑ doses jusqu'à efficacité ou effets indésirables)** **• Traiter le patient sur plusieurs mois et réévaluer tous les 15 jours à 1 mois** **• Commencer par une monothérapie, en cas d'efficacité partielle, utiliser des associations médicamenteuses** **• Avis spécialisé si pas de réponse aux traitements de 1ère et 2ème intention**

DN PÉRIPHÉRIQUES HORMIS NEVRALGIE DU V (Thérapeutiques physiques ou réadaptatives, psychologique)



DN CENTRALES (Thérapeutiques physiques ou réadaptatives, psychologique)



ANTIDEPRESSEURS	SPÉCIALITÉ	POSOLOGIE INITIALE/TITRATION	POSOLOGIE HABITUELLE	LIBELLE D'AMM	PRINCIPAUX EFFETS INDESIRABLES
Clomipramine	**Anafranil ®**	10-25 mg le soir ↑ 10 à 20 mg / semaine (1)	25 à 75 mg / jour per os ↑ jusqu'à 150 mg/j parfois utile Voie IV pas plus efficace	DN de l'adulte	• sueurs, tremblements, dysarthrie, bouche sèche, somnolence, vertiges • ↑ poids, dysurie, constipation • ↓ PA orthostatique
Amitriptyline	**Laroxyl ®**	5 à 15 gouttes le soir ↑ 5 à 10 gouttes / 3 jours (1)	25 à 75 mg / jour per os ↑jusqu'à 150 mg/jour parfois utile	DN périphériques	idem
Imipramine	**Tofranil ®**	10-25 mg le soir ↑ 10 à 25 mg / semaine (1)	25 à 75 mg 300 mg/ jour (max)	DN de l'adulte	idem
ANTIDEPRESSEURS MIXTES					
Duloxétine	**Cymbalta ®**	30 mg durant 7 jours Puis 60 mg / jour	60 à 120 mg / jour	DN périphérique diabétique	• nausées, vomissements, constipation, anorexie, bouche sèche, somnolence • sueurs, fatigue • HTA non contrôlée
Venlafaxine	**Effexor ®**	37,5 à 75 mg / jour, ↑ 1 cp / jour	75 à 150 mg / jour, 225 mg / j (max)	hors AMM	• idem Cymbalta®
ANTIEPILEPTIQUES					
Carbamazépine	**Tegretol ®**	100 mg ↑ 1/2 cp / 3 jours Pas de ↑ rapide	400 à 600 mg / jour (1) (max. : 1200 mg / jour)	névralgie idiopathique du V	• confusion /agitation • troubles de l'équilibre • toxicité hématologique
Clonazepam	**Rivotril ®**	3 gouttes au coucher ↑ 2 gouttes / 4 jours	5 à 10 gouttes le soir(1)	hors AMM, exception française	• somnolence • syndrome de sevrage à l'arrêt • troubles de la mémoire
Prégabaline	**Lyrica ®**	25 à 50 mg / jour ↑ 1 cp / 3 jours jusqu'à 150 mg / jour	300 à 600 mg / jour	DN périphériques et centrales	• somnolence, fatigue, vertiges, nausées • prise de poids, oedèmes périphériques
Gabapentine	**Neurontin ®**	300 mg / jour ↑ 1 cp / 3 jours jusqu'à 1200 mg / jour	600 à 3600 mg / jour	DN périphériques et centrales	• idem Lyrica®

(1) ***L'augmentation des posologies doit toujours être progressive jusqu'à la disparition des douleurs et/ou l'apparition d'effets secondaires.***

Certaines douleurs neuropathiques peuvent être soulagées par les opioïdes forts.

H – DOULEURS OSTEO-ARTICULAIRES NON CANCÉREUSES

Les douleurs ostéo-articulaires représentent les causes les plus fréquentes de douleurs, aiguës et chroniques. Elles sont particulièrement invalidantes et leur traitement doit s'accompagner d'une prise en charge du retentissement fonctionnel.

❶ Evaluation clinique des douleurs ostéo-articulaires : deux étapes essentielles

Distinguer les douleurs inflammatoires des douleurs mécaniques
Douleurs inflammatoires :
Horaire nocturne (fin de nuit), amélioration par le mouvement, dérouillage matinal (supérieur à 15 minutes)
Douleurs mécaniques :
Horaire diurne (fin de journée), aggravation par le mouvement

Différencier 3 grandes situations selon l'évolution dans le temps

- *Douleur aigue :* inflammatoire ou mécanique. Utiliser les échelles d'intensité de douleur.
- *Douleur chronique :* en évaluant les comorbidités psychologiques et le *retentissement fonctionnel* (périmètre de marche, vie professionnelle, autonomie…). Eviter l'utilisation des échelles d'intensité, mais plutôt se centrer sur le retentissement fonctionnel, le contexte psychologique et professionnel.
- *Douleur aigue sur un fond chronique :* pose des problèmes d'évaluation. Est-ce une exacerbation de l'épisode chronique ou une nouvelle douleur, différente, parfois un signal d'alarme ?

❷ Examens complémentaires

- *En première intention,* éliminer un syndrome inflammatoire (VS, CRP).
- *Dans le cas d'un épanchement articulaire :* ponctionner pour analyser le liquide articulaire (analyse biochimique et bactériologique).
- *Pour la suite,* il faut une approche étiologique, éventuellement par un spécialiste.

❸ Traitement des douleurs ostéo-articulaires

Traitements médicamenteux (voir tableau page 27)
Quelques principes spécifiques aux affections ostéo-articulaires :

- Les paliers de l'OMS ne sont pas valables dans ces situations ! *Un AINS sera souvent plus efficace qu'un opioïde de palier 3 dans une poussée inflammatoire.*
- *Ne pas prescrire d'AINS au long cours, seulement pour 1 à 2 semaines*.
- Aucune indication à prescrire des AINS par voie IV, sauf si administration orale impossible : l'administration IV ne réduit pas le risque digestif et n'augmente pas l'efficacité.
- Eviter la corticothérapie générale à visée antalgique (indiquée principalement dans le cancer).

Tableau H-1 Traitements médicamenteux des douleurs ostéo-articulaires

AINS	Spécialités	Posologie antalgique habituelle	Indications	Principaux effets secondaires
AINS classiques *	**Voltarène®** **Profénid®** **Apranax®**	50 à 150 mg / jour per os	• Douleurs inflammatoires • Poussée d'arthrose • Lombosciatique aigue	• HTA • Insuffisance rénale • Ulcère gastro-duodénal • Risque vasculaire • Insuffisance cardiaque non contrôlée
	Bi Profenid®	150 mg / jour		
Inhibiteurs COX-2	**Célébrex®** **	200 à 400 mg / jour per os	• idem, avec antécédents d'ulcère	• idem • Risque digestif ↓
OPIOIDES DANS DOULEURS NON CANCEREUSES				
Sulfate de morphine	**LP : Skenan®, Moscontin®** **LI : Actiskenan®, Sevredol® Oramorph®**	60 à 200 mg / jour	• Poussée douloureuse • Poussée aigue sur une douleur chronique	Nausées, vomissements, somnolence, vertiges, constipation…
Fentanyl patch	**Patch : Durogésic®**	12 à 100 mcg / heure, patchs tous les 3 jours	Douleurs stables	• idem
Oxycodone	**LP : Oxycontin®** **LI : Oxynorm®**	10 à 100 mg / jour	idem morphine	• idem

* piroxicam (Feldène®, Cycladol®, Brexin®…) à prescrire en 2ème intention, car rapport bénéfice/risque défavorable

** mise en garde Afssaps : contre-indiqué si maladies cardiaques ou maladies cérébro-vasculaires

Traitements non médicamenteux :

- Traitements visant à conserver l'autonomie des patients et réduire l'impact fonctionnel des douleurs :
  - rééducation précoce
  - éviter le repos au lit
  - prévenir les douleurs induites par la mobilisation
- Prise en charge des litiges professionnels fréquents
- Abord psychothérapique si co-morbidités psychologiques
- Applications d'agents physiques : chaud, froid, massages…

I – ANALGÉSIE CONTRÔLÉE PAR LE PATIENT (ACP ou PCA)

❶ Principes d'utilisation

- Permet au patient de gérer lui-même sa douleur
- Toujours précédée d'une titration IV de morphine jusqu'à EN ou EVA < 4
- Peut être associée à d'autres antalgiques de niveau I
- Nécessite une éducation simple du patient
- **Efficacité antalgique à évaluer au moins 1 fois/jour ; réajustement des réglages si nécessaire**

❷ Indications

- Douleurs post-opératoires intenses
- Crise douloureuse drépanocytaire
- Douleur de mucite
- Douleurs cancéreuses intenses non contrôlées par les antalgiques per os ou transdermique

❸ Contre-indications (prendre l'avis d'une équipe spécialisée)

- Refus du patient et/ou incompréhension de la technique et/ou troubles de la communication
- Surveillance du patient impossible
- Clairance de la créatinine < 10 ml / mn : morphine contre-indiquée dans la PCA

❹ Surveillance

Evalue l'efficacité du traitement et dépiste la survenue d'effets secondaires.

Paramètres :

- Echelle de sédation (EDS)
- Fréquence et qualité de la respiration
- EVA ou EN ou EVS
- Nombre de bolus demandés / bolus reçus / 24 heures
- Quantité totale de morphine reçue
- PA (si < 100 mmHg, arrêt temporaire de la PCA + rechercher un saignement, une hypovolémie)

Rythme :

- Tous les 1/4 heures dans l'heure qui suit :
  - la mise en place
  - le changement de seringue ou de réservoir de PCA
  - le changement de réglage des paramètres de la PCA
- Puis toutes les 4 heures
- Toutes les heures si :
  - insuffisance hépatique
  - insuffisance rénale (CLCreat entre 30 et 60 ml/mn)
  - insuffisance cardiaque sévère
  - syndrome d'apnée du sommeil et/ou obésité

❺ Matériel

- Réservoir : contient l'opioïde dilué (morphine le plus souvent).
- Système de programmation : réglé selon les prescriptions médicales.
- Bouton-poussoir que le patient actionne lorsqu'il a mal.

Une valve antiretour obligatoire branchée directement sur le cathéter veineux.

❻ Paramètres prescrits par le médecin

Titration IV de morphine préalable en salle de soins post-interventionnelle ou en USI :

Bolus de 2 à 3 mg IVL / 5 mn (*1 mg / 5 mn si âge > 85 ans*)
Surveillance / 5 minutes
jusqu'à EN ou EVA < 4 (EDS < 2 ; FR ≥ 10)

Patient naïf de morphine :

Concentration de morphine	1mg =1ml	
Bolus	1 mg	• ↑ 25 % si soulagement insuffisant *Ne pas dépasser 1,5 mg chez le sujet âgé* (attention aux effets indésirables quand > 1,5 mg) • ↓ 25 % si effets indésirables
Période réfractaire	5 à 10 mn	
Débit continu	= 0	
Dose maximum des 4 heures	obèse* sujet âgé*	= 80 % dose totale maximale calculée = 50 % dose totale maximale calculée
Nombre de bolus maximum / h	6 à 12 / heure	moduler selon l'âge et la fonction rénale

**O2 nasal systématique*

Patient non naïf de morphine → Avis d'expert recommandé

Douleurs cancéreuses (références SOR, FNLCC) :

Concentration de morphine	1mg = 1 ml Si doses prévisibles élevées : 10 mg = 1 ml	
Débit continu (mg/h) Calculé à partir de la dose de MLP (prise habituellement) convertie en mg (IV) / 24h	*Exemple : pour 240 mg morphine IV / 24 heures : débit = 10 mg / h*	
Bolus Posologie du bolus = 1/24 de dose de morphine IV/24 h (posologie du débit horaire)	*Exexmple : pour 240 mg morphine IV / 24 heures : bolus = 10 mg*	**Période réfractaire :** 10 à 20 mn
Nombre de bolus max/h	0 à 6 / heure	
Dose maximale des 4 heures	Ne pas mettre de limite	

Douleurs postopératoires chez un patient déjà sous opioïdes en préopératoire :

Concentration de morphine	1 mg = 1 ml *Si doses prévisibles ↑ :* *10 mg = 1 ml*	
Bolus	3 à 5 mg	↑ 25 % si soulagement insuffisant ↓ 25 % si effets indésirables
Période réfractaire	5 à 10 minutes	
Débit continu	Morphine LP convertie en mg (IV) / 24 h	
Dose maximum des 4 heures	• l'obèse • la personne âgée	= 80 % dose totale maximale calculée = 50 % dose totale maximale calculée

❼ Réajustement des réglages de la PCA

- **Si soulagement insuffisant :**
  insatisfaction et/ou EVA / EN ≥ 4, EVS 2 ou 3
  bolus demandés / bolus délivrés > 3
- Revoir le malade, l'examiner
- Rechercher les effets indésirables
- Reprendre les explications :
  - S'assurer que le patient sait se servir de la PCA
  - Ajouter un autre analgésique (par exemple : AINS, nefopam)
  - Rechercher d'autres mécanismes de douleurs associés (neuropathiques par exemple, hématome ou pansement compressif)
  - Rechercher des complications (globe vésical, IDM, insuffisance rénale, hypercalcémie…)

❽ Prévention des nausées et vomissements

Chez le patient **naïf de morphine** : associer dans la seringue de PCA : Dropéridol à raison de 0, 05 mg / mg de morphine.

• Le décret n° 99-249 du 31 mars 1999 modifie la réglementation des règles de prescription et de délivrance des stupéfiants.
• La mise en place d'ordonnances sécurisées (article R5194) ainsi que l'abandon de la règle des 7 jours transcrite dans l'article R5212 pour une durée maximale de prescription des stupéfiants de 28 jours (durée éventuellement réduite pour certains médicaments désignés par arrêté), sont les deux principales nouvelles règles instaurées par ce décret.
• Le décret 2007-157 du 5 février 2007 introduit la notion de durées maximales de traitement correspondant à chaque fraction (délivrance fractionnée du médicament stupéfiant) et fixées au cas par cas par arrêté.

Tableau J-1 Règles de rédaction de la prescription des stupéfiants

MENTIONS LEGALES	NOUVEAU SUPPORT : ORDONNANCE SECURISEE
Mentions concernant le prescripteur (pré-imprimées)	
Nom et adresse du prescripteur	OUI
Titre du prescripteur	OUI
Identifiant du prescripteur	N° ADELI (remplacé récemment par N° rpps)
Mentions concernant le patient	
Nom et prénoms du patient	OUI
Age	OUI
Sexe	OUI
Poids, taille	OUI, si nécessaire

Tableau J-1 Règles de rédaction de la prescription des stupéfiants (suite)

MENTIONS LEGALES	NOUVEAU SUPPORT : ORDONNANCE SECURISEE
	Contenu de la prescription
Nom de la spécialité	OUI ou DCI
Dosage	OUI : en toutes lettres
Nombre d'unités par prise	OUI : en toutes lettres
Nombre de prises	OUI : en toutes lettres
Nombre de conditionnements	OUI : facultatif si la durée de traitement est indiquée
Préparation magistrale	Posologie, mode d'emploi et formule détaillée
Durée de traitement	OUI ou nombre de conditionnements si prescription établie en DCI, en toutes lettres
Règle de durée	Durée maximale : 28 jours (cas général) réduite à 14 voire à 7 jours selon les médicaments (voir liste page 33)
Fractionnement de la délivrance	OUI, le cas échéant. Une durée maximum de traitement correspondant à chaque fraction est fixée au cas par cas par arrêté. En cas de fractionnement, le prescripteur doit mentionner sur l'ordonnance la durée de traitement correspondant à chaque fraction. La possibilité de délivrance en une seule fois est maintenue avec la mention « délivrance en une seule fois »
Nombre de renouvellements	NON
Chevauchement	NON sauf si mention expres « en complément de »
	Mentions générales
Date de rédaction de l'ordonnance	OUI
Signature de l'ordonnance	OUI
Duplicata	OUI, original remis au patient
Exécution de l'ordonnance	Complète (ou pour totalité de la fraction du traitement) si elle est présentée au pharmacien dans les 3 jours suivant la date de prescription ou suivant la fin de la fraction précédente
Durée de l'archivage	3 ans (copie conservée par le pharmacien)

Tableau J-2 Durées maximales de prescription (DMP) et fractionnements

Substance (DCI)	Spécialités	Dosage et formes pharmaceutiques	DMP	Fractionnement
Fentanyl	**Abstral®** **Actiq®** **Effentora®** **Instanyl®**	cp sublingual 100, 200, 300, 400, 600, 800 mcg cp applic. buccal 200, 400, 600, 800, 1200, 1600 mcg cp gingival 100, 200, 400, 600, 800 mcg spray nasal 50, 100, 200 mcg	28 jours	OUI par période de 7 jours
Morphine (orale)	**Actiskenan®**	gél. 5, 10, 20 et 30 mg	28 jours	NON
Fentanyl	**Durogesic® et génériques**	disp. transdermiques 12, 25, 50, 75 et 100 mcg/h	28 jours	OUI par période de 14 jours
Méthadone*	**Méthadone**	gél 1, 5, 10, 20 et 40 mg sirop 5, 10, 20, 40 et 60 mg	14 jours	OUI par période de 7 jours
Morphine (orale)	**Morphine**	sol. buvable 10, 20, 30, 100 mg et sirop 5 mg/ml	28 jours	NON
Morphine (injectable)	**Morphine injectable**	1, 10, 20, 50, 100, 200, 250, 400 et 500 mg	7 jours, 28 jours si pompe	NON
Morphine orale	**Moscontin® LP**	10, 30, 60, 100 et 200 mg	28 jours	NON
Oxycodone	**Oxycontin® LP**	5, 10, 20, 40, 80, 120 mg	28 jours	NON
Oxycodone (orale)	**Oxynorm®**	5, 10, 20 mg	28 jours	NON
Oxycodone (injectable)	**Oxynorm®**	10, 20, 50, 200 mg	7 jours, 28 jours si pompe	OUI, rétrocession hospit.
Morphine (orale)	**Sevredol®**	cp 10 et 20 mg	28 jours	NON
Morphine orale (sulfate)	**Skenan® LP**	10, 30, 60, 100 et 200 mg	28 jours	NON
Hydromorphone	**Sophidone® LP**	4, 8, 16 et 24 mg	28 jours	NON
Liste I mais ordonnance sécurisée et prescription en toutes lettres **Subutex® (buprénorphine dans l'indication de substitution)** **Temgesic® (buprénorphine dans l'indication antalgique)**		Subutex : cp sublingual 0,4 ; 2 mg et 8 mg Temegeisc : cp sublingual 0,2 mg Forme injectable : 0,3 mg (réservée aux hôpitaux)	28 jours 28 jours	OUI : 7 jours NON

** Méthadone: prescription semestrielle réservée à certains spécialistes (exerçant dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes CSST) ou aux médecins exerçant dans les services hospitaliers qui ont l'expérience de la prise en charge des soins aux toxicomanes (pour les gélules)*

K – DOULEURS LIÉES AUX SOINS

Avant le geste	Pendant le geste	Après le geste
• S'assurer que ce Geste Potentiellement Douloureux (GPD) est bien indispensable. • Pour tout GPD, proposer une prévention des douleurs	Si la prévention des douleurs est insuffisante, donner un antalgique de secours pendant le geste, voire suspendre ou différer le geste	Evaluer l'intensité douloureuse globale par une échelle (EN, EVA ou EVS) et la consigner dans le dossier du patient
Informer le patient : objectif du geste, déroulement, procédures antalgiques		Reconsidérer éventuellement la stratégie antalgique à proposer au patient pour le geste suivant
S'assurer que les mesures préventives ont été correctement effectuées (ex :Actiskénan® données 40 mn avant)		En cas d'échecs itératifs de la procédure antalgique, faire appel à un expert

Les facteurs de risque de douleurs induites par les GPD sont :

- l'anxiété
- un GPD effectué sur une zone douloureuse spontanément et de façon chronique
- une pathologie récente ayant nécessité un grand nombre de gestes invasifs sur une courte période

Tableau K-1 Prévention des douleurs selon différentes procédures

GESTES ENVISAGÉS	TRAITEMENTS PROPOSÉS
Prélèvement / pose Voie veineuse périphérique	Douleurs variables selon les patients. Avant d'envisager une ponction veineuse, demander au patient s'il juge ce geste comme douloureux ; si oui : EMLA® au moins 1 heure avant
Ponction artérielle	- Infiltration SC de xylocaine® 1 % non adrénalinée au niveau du point de ponction (1 ml) - ou EMLA® 90 à 120 mn avant
Pose d'une voie veineuse centrale	EMLA® 90 à 120 mn avant MEOPA en fonction du patient et de sa pathologie Infiltration SC au point de ponction : xylocaine® 1% non adrénalinée Repérage échographique pour diminuer la difficulté du geste
Ponction lombaire	EMLA® 90 à 120 mn avant MEOPA ou Xylo 1% non adrénaliné avant le ligament jaune Prévention des céphalées post-ponction : • Aiguille de calibre fin (25 ou 26 G) ; type pointe-crayon • Mandrin remis en place avant retrait de l'aiguille. • Efficacité non démontrée du décubitus dorsal strict post PL
Sonde naso-gastrique	un des GPD les plus inconfortables : voir page 35
Sonde vésicale	Patient de sexe masculin : Gel xylocaïne spécifique : 5 ml en intra-urétral par le méat 5 minutes avant le sondage

GESTES ENVISAGÉS	TRAITEMENTS PROPOSÉS
Mobilisation d'un traumatisé de membre	MEOPA lors de chaque mobilisation Morphine IV administrée de façon anticipée (voir tableau p. 36) ALR
Réfection de pansement Soins d'escarres	MEOPA Morphine IV ou per os administrée de façon anticipée (voir tableau p. 36)
Plaie : exploration / suture	MEOPA, ALR si accessible, voire anesthésie générale
Soins d'ulcère de jambe	Voir tableau ci-contre

PAUSE D'UNE SONDE GASTRIQUE

- **Anesthésie de la muqueuse nasale* :** 3 modalités possibles :
  - Tamponnement : coton imprégné de xylocaine® 5% naphtazoline en place au moins 10 minutes avant.
  - Nébulisation de xylocaine® 5% par un masque à aérosol (type Hudson).
  - Spray de xylocaïne® 5% :

Poids du patient (Kg)	Nombre de pulvérisations
75 et +	25
Entre 60 et 75	20
Entre 45 et 60	15

- **Anesthésie de l'oropharynx * :** 1 cuillère à soupe de gel de xylocaïne® 2% répartie par le patient dans l'oropharynx puis avalée sans eau
- **Gel de xylocaïne® 2% sur la sonde** (plus efficace qu'un gel lubrifiant). *Vérifier l'absence de contre-indication à l'utilisation de xylocaïne®*

**Abolition du réflexe de protection des voies aériennes supérieures : pas de boisson ni alimentation dans les 2 heures suivant l'anesthésie de la muqueuse nasale et/ou de l'oropharynx ; sinon risque de fausse route.*

UTILISATION D'EMLA®, MORPHINE, MEOPA POUR LES SOINS DOULOUREUX

Tableau K-2 EMLA® crème dans la prévention des douleurs liées aux soins d'ulcère

Etape n°1	**Appliquer sur la zone ulcérée une couche épaisse d'EMLA® (1 à 2 g pour 10 cm²) : pas plus de 10 g par application**
Etape n°2	**Recouvrir la crème d'un pansement occlusif**
Etape n°3	**Laisser la crème pendant 30 minutes**
Etape n°4	**Retirer complètement la crème avec une compresse**
Etape n°5	**Pratiquer immédiatement la détersion mécanique de l'ulcère**

Tableau K-3 utilisation des opioides pour les soins douloureux

	Douleur prévisible moyenne	Douleur prévisible sévère patient en USI ou en réanimation
Patient sans traitement morphinique préalable	- 40 minutes avant : **Morphine orale LI =10 à 20 mg** - Si pas d'alimentation : Morphine SC : 5 à 10 mg	- 20 minutes avant : **Morphine (IV) = 0,1 mg/kg** en 2 mn - ou pendant le soin : **Morphine (IV) : 1 à 2 mg / 5 mn** en fonction des besoins
Patient déjà sous morphine	40 minutes avant : **Morphine orale LI = 1/10 à 1/6** Morphine LP ou PCA quand les soins doivent être renouvelés fréquemment	Idem ci-dessus ou si patient intubé / ventilé bolus de l'opioïde utilisé pour la sédation/analgésie du patient

Tableau K-4 Utilisation du MEOPA (soins d'escarre, pansement douloureux)

Etape n°1	**Informer** le patient du déroulement du soin
Etape n°2	**Dans pièce aérée ou ventilée, préparer :** Masque adapté au patient Filtre antibactérien à usage unique Valve de non réinhalation (utilisable 15 fois) Ballon (utilisable 15 fois) Tuyau de raccordement Bouteille et manomètre
Etape n°3	**Débuter 3 à 5 minutes avant le soin** l'administration de MEOPA
Etape n°4	**Pendant la totalité du soin :** débuter à 9 l / mn. Poursuivre l'administration du MEOPA, débit à adapter au besoin du patient. ne pas dépasser 1 h d'inhalation en continu.
Etape n°5	**Surveiller jusqu'à 5 minutes après l'arrêt** de l'administration de MEOPA

MESURES COMPLEMENTAIRES REDUISANT LA DOULEUR

- Installation confortable.
- Nettoyage de la plaie par lavage.
- Choix de pansements permettant l'espacement des soins.
- Choix des moments des soins avec le patient.

L – TECHNIQUES ANTALGIQUES NON MÉDICAMENTEUSES

- Différentes techniques (associées si besoin) peuvent être proposées aux patients
- Elles sont COMPLEMENTAIRES et non alternatives des thérapies médicamenteuses.
- Tenir compte de :
  - l'intensité douloureuse
  - l'impact affectif (détresse, peur, anxiété, dépression, mémorisation de la douleur, faculté de contrôle), le goût et les attentes des patients vis-à-vis de ces techniques
  - l'interprétation cognitive (catastrophisme, contrôle de soi et acceptation)
  - le désordre fonctionnel qu'elle produit (réduction d'activité et absentéisme)

Le patient lui-même va chercher à utiliser des thérapies complémentaires. Plutôt que les rejeter, c'est au médecin de conseiller son malade dans le choix de la technique la plus adaptée.

Tableau L-1 Techniques antalgiques non médicamenteuses

Méthodes	Objectifs
Différentes méthodes simples	
Exercice physique Yoga	actif ou passif, fractionné et progressif, dès le lever, comme renfort musculaire, pour reprendre confiance en son corps et ses capacités, réduire le stress et favoriser la détente
Application directe de packs ou bains alternés froid / chaud – froid / chaud	aide à diminuer les douleurs nociceptives, inflammatoires, musculaires, neuropathiques
Toucher-massage	aide à mieux ressentir son corps, à apprécier les moments de détente, facilite le lien patient-soignant réduit les réponses liées au stress des Gestes Potentiellement douloureux (GPD)
Rassurer, parler, se distraire, chanter…	contribue à réactiver ou distraire le patient
Techniques plus sophistiquées : méthodes cognitivo-comportementales (nécessitent un bilan par un psychologue et une formation spécifique)	
Relaxation	diminue l'anxiété, le stress et la douleur
Distraction	plus on est absorbé par quelque chose, plus la perception de la douleur diminue ; à adapter à l'âge cognitif des enfants
Imagerie mentale	se focaliser sur une situation agréable tout en s'éloignant des sensations perçues
Conditionnement opérant	diminuer les conduites mal adaptées et renforcer les stratégies adaptées de « coping » c'est à dire « faire face »
Biofeedback	techniques ludiques qui permettent au patient de comprendre et moduler certaines réponses physiologiques

Tableau L-1 Techniques antalgiques non médicamenteuses (suite)

Méthodes	Objectifs
Méthodes cognitivo-comportementales (suite)	
Modelling	prendre comme modèle un autre pour apprendre d'autres techniques
Désensibilisation	une technique d'apprentissage de relaxation face à une situation stressante
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	apprentissage de stratégies au niveau comportemental et au niveau des pensées, des croyances, des cognitions, permettant au patient de faire face aux situations anxiogènes et/ou douloureuses
Hypnose	- état passager de conscience modifiée, d'hyper focalisation du sujet, d'absence de jugement ou de censure du patient et de dissociation permettant des suggestions thérapeutiques - renforce les autres traitements prescrits et permet de diminuer l'angoisse et de réinvestir le corps - gestion des douleurs aigues ou chroniques - possibilité d'un auto-apprentissage
Autres techniques	
Neurostimulation transcutanée (TENS) (prescription par un centre de la douleur pour être remboursé)	- procure différents types de stimulation en fonction de l'intensité et de la fréquence d'impulsions électriques délivrées par le biais d'électrodes (2 à 4) entourant les zones algiques reliées à un boîtier de stimulation - pour tous types de douleur localisée (aiguë, chronique, nociceptive ou neuropathique)
Acupuncture	rétablir l'harmonie corporelle en stimulant par de fines aiguilles indolores certains points de passage de l'énergie le long des méridiens
Auriculothérapie	agit par des points réflexes sur l'organisme par l'intermédiaire du système neurovégétatif
Ostéopathie	médecine manuelle, s'intéressant aux troubles fonctionnels du corps humain
Kinésithérapie	idéale pour les douleurs musculaires ; permet d'aider le patient à se réactiver et à apprendre à réutiliser son corps
Médecine homéopathique	basée entre autre sur le « principe de similitude »

M – DOULEUR DU SUJET ÂGÉ (HORS DPO)

Tableau M-1 La personne âgée fragile / polypathologique / dépendante

Situations	Tenir compte
Polypathologies	• Plusieurs types de douleurs • Plusieurs causes de douleurs • Plusieurs traitements et leurs effets secondaires
Polymédication	• Risque iatrogène (effets secondaires) • Informer le patient et/ou ses proches • Hiérarchiser les priorités • Privilégier la voie orale • Penser à la prise en charge non médicamenteuse
Insuffisance rénale Insuffisance hépatique Dénutrition-déshydratation-fièvre	Risque d'accumulation médicamenteuse • **Start low and go slow** • Privilégier les molécules à ½ vie courte • Penser à la prise en charge non médicamenteuse

Situations	Tenir compte
Troubles cognitifs Maladie d'Aloïs Alzheimer et autres démences	• Difficultés à évaluer la douleur **3 échelles d'hétéro- évaluation validées :** • DOLOPLUS pour douleurs chroniques score / 30 • ECPA : score / 16 en dehors du soin score /16 pendant soins • ALGO PLUS pour douleurs aigues • Observance et tolérance médicamenteuse
Patient en fin de vie Soins palliatifs	• Traitements des autres symptômes • Informer le patient, les proches, la personne de confiance • Tenir compte des directives anticipées

Rechercher des douleurs devant tout changement de comportement

- **Refus de** se lever, marcher, communiquer, s'alimenter, de soins
- **Repli** sur soi. Agressivité / agitation. Modification du sommeil

Evaluer

- **Privilégier l'auto évaluation**
- **Hétéro évaluation quand :** troubles cognitifs, séquelles AVC, fin de vie
- **La meilleure échelle** = connue et utilisée par les professionnels du service, de l'hôpital ou de l'institution où séjourne la personne âgée

Contextes douloureux : prévention des douleurs liées aux gestes

- Soins d'hygiène de vie, mobilisation, toilette, transferts
- Soins cutanés (escarres, plaies)
- Gestes invasifs (sonde, cathérer, prise de sang, ponction)
- Soins dentaires
- Séances de kinésithérapie
- Période post opératoire, après une chute
- Fin de vie

Tableau M-2 Traitements médicamenteux

- **Paliers de l'OMS (voir arbre décisionnel page 42)**
- **Co-analgésiques**
- **Sans problèmes selon recommandations** **Avec prudence** **À éviter**

Co–Analgésiques		Bénéfices /risques
Psychotropes	**IRS-NA** **Imipraminiques** **Benzodiazépines** **Diazépam** **Clorazépate** **Nordazépam** **Prazépam**	Démarrer à demi dose Choisir les molécules à ½ vie courte Tenir compte des effets anti cholinergiques et des autres effets secondaires
Antiépileptiques	**Gabapentine** **Prégabaline** **Carbamazépine**	Démarrer à demi dose Fractionner en 2 ou 3 prises / 24 h Tenir compte des effets secondaires
Mélange équimolaire Oxygène/Protoxyde d'azote	**MEOPA**	Soins douloureux 2 personnes pour le soin

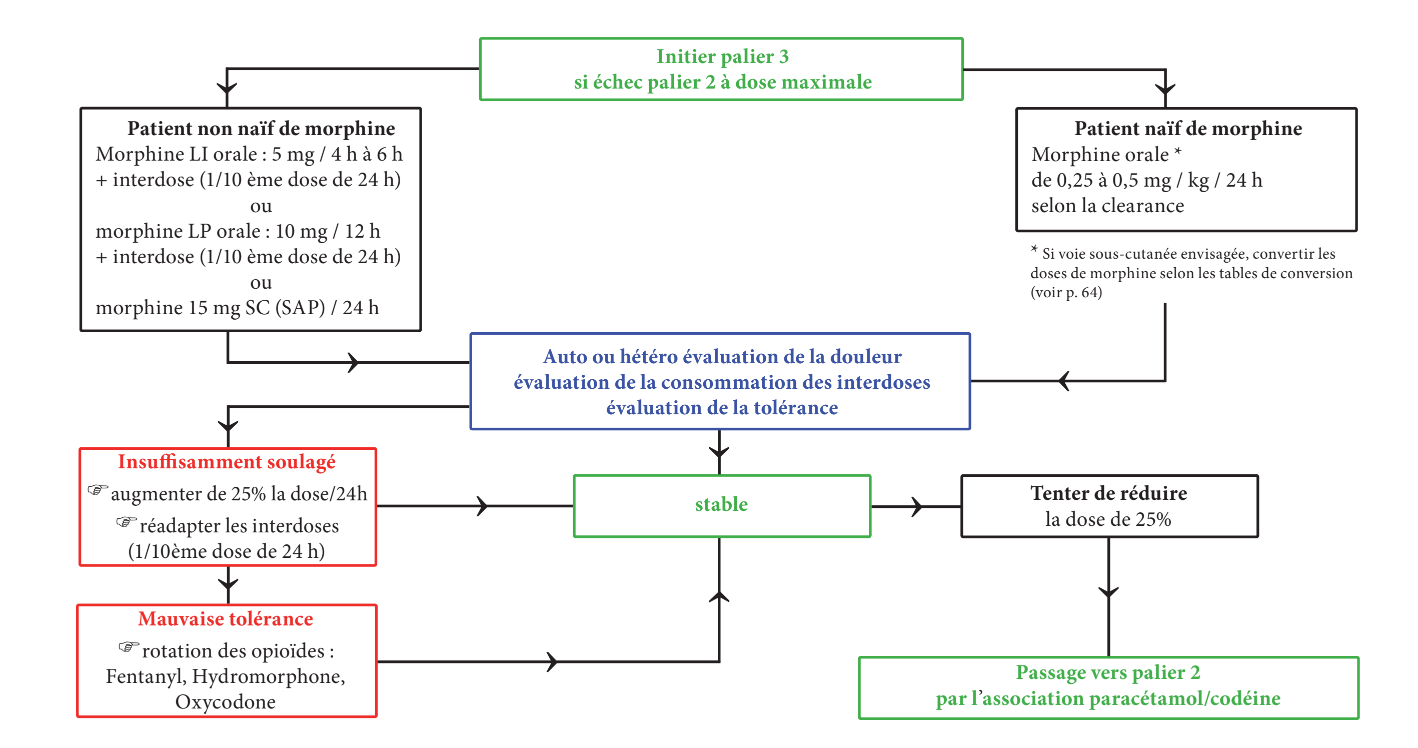
Tableau M-3 Techniques et traitements antalgiques non médicamenteux

Physiothérapie	Massage analytique-relationnel Chaud-froid - Ultra sons Ionisations-bio feed back Thermothérapie-vibrothérapie Balnéothérapie
Appareillages	Orthèses Fauteuil Lit médicalisé-matelas
Techniques	TENS-électrostimulations Radiothérapie * Technique cognitivo-comportementale Musicothérapie Sophrologie-relaxation Acupuncture Toucher-massage

* mentionnée ici comme thérapeutique palliative (anti-douleur), par exemple, dans un contexte de métastases osseuses

Penser à faire intervenir les autres professionnels de santé :

- Kinésithérapeute
- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Orthophoniste
- Médecine physique
- Psychologue
- IDE référente douleur
- Consultation douleur
- Équipe mobile


Initier palier 3
si échec palier 2 à dose maximale
Patient non naïf de morphine
Morphine LI orale : 5 mg / 4 h à 6 h
+ interdose (1/10 ème dose de 24 h)
ou
morphine LP orale : 10 mg / 12 h
+ interdose (1/10 ème dose de 24 h)
ou
morphine 15 mg SC (SAP) / 24 h
Patient naïf de morphine
Morphine orale *
de 0,25 à 0,5 mg / kg / 24 h
selon la clearance
* Si voie sous-cutanée envisagée, convertir les doses de morphine selon les tables de conversion (voir p. 64)
Auto ou hétéro évaluation de la douleur
évaluation de la consommation des interdoses
évaluation de la tolérance
Insuffisamment soulagé
augmenter de 25% la dose/24h
réadapter les interdoses
(1/10ème dose de 24 h)
stable
Tenter de réduire
la dose de 25%
Mauvaise tolérance
rotation des opioïdes :
Fentanyl, Hydromorphone,
Oxycodone
Passage vers palier 2
par l'association paracétamol/codéine



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale
de la **douleur aiguë** chez la personne âgée
présentant des troubles
de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur	……/……/……		……/……/……		……/……/……		……/……/……		……/……/……		……/……/……	
Heure	…….h …….		…….h …….		…….h …….		…….h …….		…….h …….		…….h …….	
	OUI	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	/5		/5		/5		/5		/5		/5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe		❑ Médecin ❑ IDE ❑ AS ❑ Autre Paraphe	

Traitement si ≥ 2/5

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration
N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression…

Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM : **Prénom :** **Sexe :** **Âge :**

Date : Service :
Heure : Nom du Cotateur :

SCORE

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM :   Prénom :

Service :

Observation comportementale

		DATES			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1• Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4• Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5• Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3

ECHELLE DOLOPLUS (suite)

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
	SCORE				

N) DOULEUR POST-OPÉRATOIRE (GÉNÉRALITÉS)

❶ Caractéristiques de la douleur post-opératoire (DPO)

- Douleur aiguë, souvent intense, en général de courte durée (48-72 h)
- Sa prise en charge doit être anticipée (préopératoire) et poursuivie en salle de surveillance post interventionnelle et en salle d'hospitalisation.

❷ Facteurs prédictifs de DPO intense

- Douleur préopératoire
- Anxiété préopératoire
- Type de chirurgie
- Jeune âge

❸ Evaluation de la DPO

- Relevée toutes les 4 heures et 1h après la prise de traitement antalgique (sauf pendant le sommeil physiologique), dans le dossier de soins du patient
- Exclusivement évaluée par une des échelles validées (EN, EVA, EVS) adaptée à la compréhension du patient
- Mesurée au repos et à la toux, lors des mobilisations et des soins douloureux
- Régulière afin de réadapter le traitement si nécessaire

Chez le sujet non communiquant l'échelle Algoplus peut être utilisée (voir p. 43).

❹ Deux principaux moyens de traitement de la DPO

- Les analgésies par voie générale
- Les analgésies loco-régionales

❺ Schéma d'utilisation des analgésiques par voie générale

- En post-opératoire immédiat, on utilise les formes injectables avec relais per os dès que possible
- Les antalgiques couramment utilisés sont : le tramadol, le néfopam, le profenid, la codéine et la morphine (cf recommandations ci-après)
- Pour des DPO prévisibles intenses et dans le cadre de la prévention de l'hyperalgésie postopératoire, la kétamine peut être aussi utilisée pendant l'anesthésie (voir recommandations pages 48-50)

***Douleurs peu intenses* (EVA ≤ 3) :** les antalgiques non morphiniques sont utilisés seuls ou en association.

Effet antalgique additif	Effet antalgique synergique
= addition des effets antalgiques pris séparément	**> addition des effets antalgiques pris séparément**
Ex : paracétamol + tramadol	AINS + néfopam

Tableau N-1 Recommandations formalisées d'expert (RFE) SFAR 2008

RFE 2008 : association des antalgiques non opioïdes et de la morphine chez l'adulte

Il n'est pas recommandé d'utiliser seul le paracétamol en association avec la morphine dans les chirurgies à douleur modérée à sévère
Il est recommandé d'utiliser la voie orale pour l'administration du paracétamol, dès qu'elle est disponible.
Il est recommandé d'associer au moins un analgésique non opioïdes lorsque de la morphine est utilisé en postopératoire par voie systémique
Il est recommandé d'associer un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) à la morphine en l'absence de contre indication à l'usage de l'AINS
Le néfopam est probablement recommandé après chirurgie provoquant des douleurs modérées à sévères en association avec les opioïdes. Il faut probablement l'utiliser avec prudence le néfopam chez le patient coronarien en raison du risque de tachycardie
Il ne faut pas utiliser les AINS ou les inhibiteurs des cyclo-oxygénases de type 2 (coxibs) dans les situations d'hypoperfusion rénale
Il est recommandé de prendre en compte la majoration du risque hémorragique lors de la prescription d'AINS non sélectif
Il est recommandé de prendre en compte les facteurs de risque athéro-thrombotique en cas de prescription de coxibs en respectant les contre-indications et précautions d'emploi définies par l'Afssaps

RFE 2008 : utilisation des opioïdes de palier 2

La codéïne est probablement efficace après chirurgie à douleur faible ou modérée et donc recommandée. Cependant, l'efficacité et la tolérance peuvent être imprévisibles notamment du fait de variation génétique
Le tramadol est recommandé seul ou en association avec les antalgiques non opioïdes en cas de chirurgie à douleur modérée
Le tramadol n'est pas contre indiqué mais non recommandé en association avec la morphine
Douleurs modérées à intenses (EVA ≥ 4)
- Une titration IV de morphine (2 à 3 mg toutes les 5 minutes) est habituellement réalisée en salle de réveil jusqu'à EN < 4. - Une fois la douleur soulagée par la titration de morphine, le relais est pris par la morphine par voie sous cutanée ou par analgésie contrôlée par le patient (ACP) en association avec des analgésiques non opioïdes.

Tableau N-1 Recommandations formalisées d'expert (RFE) SFAR 2008 (suite)

RFE 2008 : utilisation des opioïdes par voie orale

Il est recommandé d'utiliser la morphine à libération immédiate par voie orale, en postopératoire immédiat ou en relais de la voie parentérale. En pratique le traitement peut débuter en même temps qu'une reprise de l'alimentation orale.
Il n'y a pas de place pour la titration morphinique orale en postopératoire immédiat. La titration intraveineuse est préférable.
Les morphiniques oraux sont un traitement de secours efficace en association avec l'analgésie multimodale.
L'oxycodone per os peut être une alternative à la morphine en postopératoire de chirurgie douloureuse (hors AMM).

RFE 2008 : utilisation de la morphine par analgésie contrôlée par le patient (ACP) dans la DPO

L'ACP doit être associée à une analgésie multimodale.
En cas de chirurgie à douleur modérée ou sévère prédictible, pour laquelle les opioïdes sont nécessaires il est recommandé d'utiliser l'ACP pour prendre en charge la douleur postopératoire.
En prophylaxie des nausées ou vomissements, il est recommandé d'associer en première intention le dropéridol à la morphine dans la pompe d'ACP.
L'association d'une perfusion continue au mode bolus n'améliore pas la qualité de l'analgésie mais majore le risque de dépression respiratoire, elle n'est donc pas recommandée. La seule indication est la substitution d'un traitement opioïde préopératoire.
Il n'est pas recommandé d'utiliser l'association morphine et kétamine dans la PCA.
L'analgésie auto-contrôlée n'est pas contre-indiquée chez le patient âgé. La programmation n'est pas différente mais une oxygénothérapie systématique est indiquée ainsi qu'une dose limite horaire.

RFE 2008 : utilisation de la Kétamine comme antihyperalgésique

Durant l'anesthésie, les règles d'administration de la kétamine recommandées sont les suivantes : bolus per-opératoire compris entre 0,15 et 0, 50 mg / kg suivi d'un relais à la dose de 0,125 à 0,25 mg / kg / h en cas de chirurgie supérieure à 2 h. La perfusion sera arrêtée 30 mn avant la fin de l'anesthésie. Au cours d'une anesthésie générale, il est recommandé d'administrer le premier bolus de kétamine après l'induction afin d'éviter les effets indésirables psychodysleptiques.

❻ L'analgésie loco-régionale

- Bloc axillaire, interscalénique, supra-claviculaire pour le membre supérieur
- Bloc sciatique, fémoral, cutané latéral, obturateur pour le membre inférieur
- Blocs paravertébraux pour la chirurgie thoracique
- Infiltrations pour les chirurgies du rachis, abdominales et gynécologiques

Tableau N-1 Recommandations formalisées d'expert (RFE) SFAR 2008 (suite et fin)

RFE 2008 : analgésie loco-régionale

Il est recommandé, chaque fois que possible, de proposer une technique d'analgésie utilisant les anesthésiques locaux.
Il est recommandé de préférer les blocs périphériques aux blocs centraux dès que possible, car ils sont associés à un meilleur rapport bénéfice-risque.
Les techniques d'infiltration constituent une alternative aux autres techniques d'analgésie locorégionales comme les blocs nerveux périphériques et l'analgésie péridurale.
Il est probablement recommandé d'utiliser de préférence la ropivacaïne ou la lévobupivacaïne pour l'analgésie péridurale ou les blocs nerveux périphériques du fait d'une moindre toxicité cardiaque que la bupivacaïne.
L'analgésie par cathéter nerveux périphérique est recommandée dès lors que la douleur prévisible modérée à sévère dure plus de 24 h.

Médicaments	Recommandations
Morphine IV	Privilégier l'analgésie multimodale pour réduire la consommation d'opioïdes • Titration en fonction des évaluations (auto ou hétéro-évaluation : G-mal ou Algoplus) : • Titration prudente avec bolus = 1mg / 10 mn (réévaluation des besoins après 5 mg) ; si : • ≥ 85 ans • altération fonctions supérieures, rénale ou hépatique • Eviter les associations avec d'autres agents dépresseurs du SNC • Surveiller et traiter précocement les effets secondaires : rétention urinaire, nausées, vomissements. • Analgésie auto-contrôlée non contre-indiquée mais précautions : Oxygéner les patients en post-opératoire + dose limite horaire ou des 4 heures
Morphine sous-cutanée	• Diminuer les doses de 40 à 50% et/ou ↑ intervalle entre les injections. • Privilégier l'analgésie à la demande plutôt qu'en systématique
Morphine per os	• Dès que cela est possible • Effets secondaires possibles: nausées, vomissement, prurit
Morphine intrathécale	• 100 mcg pour l'analgésie après une prothèse totale de hanche • 50 µg post Résection trans- urétrale de prostate
Paracétamol	• 1 g x 4 / 24 h
Néfopam	• En perfusion continue : permet d'en réduire les effets secondaires. 60 à 80 mg / 24 h
Codéine Codéine + Paracétamol	• 30 mg x 4 / 24 h • Prévenir la constipation • Privilégier cette association
Tramadol Tramadol + paracetamol	• 50 mg x 2 / 24 h pour les formes à libération immédiate • 100 mg / 24 h pour les formes à libération prolongée intervalle entre les prises 6h (1 à 2 cp x 4 / 24 h)
AINS / Coxibs	• Contre-indiqués si Cl creat < 60 ml / mn • Diminuer les doses de 25 à 50 %. • 0,75 à 1 mg / kg x 2 / 24 h (kétoprofène 200 mg / 24 h) • Durée maximum: 2 à 5 jours • Réhydrater et réévaluer la clairance de la créatinine régulièrement • Surveillance clinique et contrôle régulier de l'hémoglobine (hémoculture, numération globulaire) • Association aux inhibiteurs de la pompe à protons recommandée
Anesthésiques locaux	• Diminuer les doses et la concentration (le volume si péridurale) • Surveillance renforcée : attention aux malpositions des membres bloqués et aux risques de chute
Kétamine	• Utilisation prudente peropératoire= 0,15 mg / kg (sous anesthésie générale) • Risque de sédation si utilisation postopératoire

N-b) DOULEUR POST-OPÉRATOIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE OU ALLAITANTE

Médicaments	Recommandations				
	0 à 12 semaines	13 à 20 semaines	21 à 36 semaines	37 semaines au terme	Allaitement
Paracétamol	Possible	Possible	Possible	Possible	Possible
AINS	À éviter	À éviter	CI	CI	Possible
Néfopam Tramadol	Préférer les antalgiques mieux étudiés	Préférer les antalgiques mieux étudiés	Préférer les antalgiques mieux étudiés	Préférer les antalgiques mieux étudiés	Préférer les antalgiques mieux étudiés
Codéine	Possible	Possible	Possible	Possible mais < 10 jours Prévenir l'équipe qui prend en charge le nouveau-né	Possible Attention si pathologie respiratoire chez le nouveau-né
Morphine	Possible	Possible	Possible	Possible Prévenir l'équipe qui prend en charge le nouveau-né	Possible Attention si pathologie respiratoire chez le nouveau-né

N-c) DOULEUR POST-OPÉRATOIRE CHEZ L'INSUFFISANT RÉNAL

Médicaments	Recommandations en fonction de la clearance de la créatinine			
	30–60 ml / mn	**10-30 ml / mn**	**< 10 ml / mn**	**Dialyse**
Paracétamol	Possible	Possible	Intervalle entre 2 prises = 8 h ; maxi 3 g / 24 h	Après séance
Codéine	Possible	Possible	Intervalle entre 2 prises = 8 h	
Néfopam	Possible	Possible	C.I.	Après séance
AINS *	↓ 30 à 50 % **	C.I.	C.I.	C.I.
Tramadol	Possible	Intervalle entre 2 prises = 12 h	C.I.	C.I.
Morphine	Possible (titration)	↓ 75 %	Fentanyl +++ ***	Fentanyl +++ ***
Kétamine	Possible	Possible	Possible	Possible

* AntiCox-1 et antiCox-2

** Tenir compte du contexte chirurgical. AINS contre indiqués si chirurgie risquant d'aggraver la fonction rénale

*** Sufentanil ou Rémifentanil comme alternatives

N-d) DOULEUR POST-OPÉRATOIRE CHEZ L'INSUFFISANT HÉPATIQUE

Médicaments	Recommandations			
	Hépatite aiguë		Cirrhose	
	Sans I. H.	Avec I. H. (facteur V < 50 %)	Compensée	Décompensée *
Paracétamol	C.I.	C.I.	Possible	C.I
Codéine	C.I.	C.I.	Possible	Possible
Néfopam	Possible	Possible	Possible	Possible
AINS *	C.I.	C.I.	A éviter	C.I. +++
Tramadol	↓ 50 % ; intervalle entre 2 prises = 12 h	C.I.	Possible	Possible
Morphine	Possible (titration)	C.I.	Possible (titration)	A éviter
Kétamine	Possible	Possible	Possible	Possible

Inhibiteur Cox-1 et Cox-2

* Facteur V < 50% ou présence d'un ictère, d'une ascite ou d'une encéphalopathie

N-e) DOULEUR POST-OPÉRATOIRE CHEZ LE TOXICOMANE OU LE PATIENT SOUS OPIOÏDES AU LONG COURS

REGLES D'OR

Patients chroniquement traités par les morphiniques	Toxicomanes
Poursuivre le traitement morphinique en cours par des doses équi-analgésiques de morphine + doses de morphine pour traiter la DPO (plus importantes que les doses usuelles)	Quel que soit l'opiacé habituellement consommé (morphine, héroïne ou tout autre), la dose quotidienne usuelle doit être considérée comme besoin « *physiologique* » de base et être administrée sous forme d'un dérivé morphinique à dose équivalente. • Quantifier la nature, l'importance et l'ancienneté de la toxicomanie et les modalités éventuelles de recours à une auto-substitution • L'accès aux soins doit être identique à celui de tout patient • L'anesthésie et l'hospitalisation ne doivent pas être l'occasion d'un sevrage « sauvage » • Un contrat doit être établi entre le patient toxicomane et l'équipe soignante incluant une prise en charge psychologique
	Eviter, si possible, la PCA IV chez le toxicomane sevré
Privilégier l'ALR dans le cadre d'une analgésie multimodale.	
Si une PCA IV de morphine est utilisée : associer les bolus à une perfusion continue destinée à couvrir les doses médicamenteuses habituellement consommées par les patients.	
L'hyperalgésie induite par les opioïdes peut être limitée par la kétamine.	

O – DOULEUR AUX URGENCES

❶ Principes

- L'analgésie repose sur des protocoles, y compris pour les gestes potentiellement douloureux, mis en place en accord avec tous les soignants.
- Le traitement antalgique doit être précoce
- Toujours analyser le processus de la douleur, sans oublier la possibilité d'une douleur neuropathique
- L'échelle d'évaluation de l'intensité douloureuse et l'antalgie doivent être adaptées au malade (terrain, contexte, pathologie)
- L'antalgie peut être multimodale
- Une analgésie non efficace doit bénéficier d'une réévaluation clinique (recherche d'une erreur diagnostique) et d'un complément d'analgésie

❷ Arbre décisionnel à adapter au patient (âge, terrain, co-morbidités...) ☞*voir page 57*

- Induction
- Réévaluation avec surveillance des effets secondaires
- Entretien
- Orientation

DOULEUR ⇨ **mesure de l'intensité douloureuse**

INDUCTION

Douleur faible à modérée (antalgie unimodale)	**Douleur intense à sévère** (antalgie multimodale)
Paracétamol *ou* Néfopam ou Tramadol *ou* AINS *vérifier l'absence de contre-indication* A compléter par une analgésie multimodale si inefficace ⇨ ⇨	Paracétamol + Tramadol ± AINS *vérifier l'absence de contre-indication* *ou* Paracétamol + Néfopam + AINS *vérifier l'absence de contre-indication* et/ou *titration morphinique si douleurs sévères*

Antalgie spécifique (*situations indiquées à titre d'exemple*) :
Colique néphrétique : AINS ; si échec, associer morphine titrée IV ou 5 à 10 mg SC
Traumatologie **:** immobilisation d'un foyer de fracture, ALR, MEOPA + analgésie multimodale
Ischémie aiguë de membre : analgésie multimodale adaptée au patient + revascularisation en urgence
Douleur provoquée par un soin ou geste (voir chapitre K, Douleurs liées aux soins, page 34)

SOULAGEMENT ?

REEVALUATION DE L'INTENSITE DOULOUREUSE

Compléter l'antalgie en cas de douleur persistante ou insuffisamment soulagée **SURVEILLANCE DES EFFETS SECONDAIRES**

ENTRETIEN

Chez un patient soulagé de façon stable et sans effet indésirable par l'antalgie qui s'est avérée efficace en respectant les règles usuelles (voir chapitres C, D, E)

SORTIE DES URGENCES

☞ **Pas de sortie directe des urgences** si administration de morphine. Sortie envisageable au moins 2 à 4 h après la dernière administration de morphine si EDS <2, FR >10 / mn, patient raccompagné, fiche de sortie signée par l'urgentiste senior et engagement du patient à respecter les consignes de l'ambulatoire signé
☞ **Ordonnance de sortie** selon : patient (terrain, âge, co-morbidités), étiologie, antalgie efficace aux urgences
☞ **Si sortie**, consulter de nouveau si persistance ou aggravation des douleurs dans les 48 heures

❸ Titration morphinique

OBJECTIF :	Saturer les récepteurs morphiniques en s'adaptant aux besoins du patient
MAIS :	**PAS DE TITRATION DE MORPHINE SANS SURVEILLANCE REGULIERE** connue de tous les soignants **FC, PA, Intensité douloureuse, conscience, fréquence respiratoire, nausées, vomissements, prurit, rétention urinaire**
TITRATION prescription horodatée, signée, en toutes lettres gage de succès **: respect des posologies et du délai entre les bolus**	
PER OS **SURVEILLANCE / H**	**IVD : patient sous scope** **SURVEILLANCE / 5 MINUTES, puis toutes les 15 minutes dans l'heure qui suit le dernier bolus** **O2 Nasal recommandée chez les personnes âgées**
Chlorhydrate ou sulfate de morphine LI* : 5 à 20 mg – Evaluation dans l'heure : • efficace = même posologie / 4 h • inefficace = 5 à 10 mg, nouvelle évaluation dans l'heure	Chlorhydrate de morphine: 3 mg / 5 mn* (si poids ≤ 60 kg : 2 mg / 5 mn*) objectif : EVA ou EN ≤ 3 ou EVS < 2 *[D'après Lvovschi V et al. Am J Emerg Med 2008, 26, 676-682]*
SURDOSAGE **FR ≤ 10/mn et/ou obstruction voies aériennes et/ou pauses respiratoires** ⇩ Arrêt morphine + oxygène à 12 l / mn au masque + appel au senior Naloxone (Narcan®) : 0,4 mg dilué dans 10 ml de sérum physiologique : 1 ml / mn INTRAVEINEUX jusqu'à FR ≥ 10 / mn	

** Exemple de prescription à titre indicatif*

❸ Titration morphinique (suite)

AUTRES EFFETS INDESIRABLES	
Nausées sévères, vomissements	Droperidol (1,25 mg IVD) puis / ou Ondansetron (4 à 8 mg IVL)
Prurit, rétention aiguë d'urine	Naloxone titrée

OBJECTIF : efficacité thérapeutique : EVA ou EN ≤ 3 ou EVS < 2

RELAIS

Modalités d'administration de la morphine : PCA IV, per os

Surveillance :	programmée conforme aux protocoles écrits avec formation du personnel
PCA morphine :	Bolus : 1 mg* ; période réfractaire : 5 à 10 mn* Pas de débit continu Surveillance tous les 1/4 heures dans l'heure suivant sa mise en route

Morphine à libération immédiate per os :

1 mg / kg / 24 h* répartis toutes les 4 à 6 heures
Réévaluation 1 heure après administration
Surveillance / 4 heures

* *Exemple de prescription à titre indicatif*

P - DOULEUR ET PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE

• La chartre du patient hospitalisé en santé mentale précise que « la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des usagers en santé mentale doit être une préoccupation constante de tous les intervenants »
• La prise en charge de la douleur en santé mentale a été jusqu'à présent ignorée, voire totalement absente
• Les publications font états du phénomène d'hypo-analgésie, voire d'analgésie chez les patients psychotiques

❶ Expression de la douleur

• Certaines pathologies psychiatriques expriment la douleur de façon particulière.
• Les patients ressentent la douleur, mais ne réagissent pas, ne l'expriment pas ou l'expriment dans un langage ou un comportement qu'il faut savoir décoder.

Pathologie psychiatrique	Expression de la douleur
L'autisme	• Inintelligible • Peut rester muré dans une douleur physique inexprimable ou bien au contraire peut ressentir un chaos indescriptible lors d'un attouchement ou d'une blessure
La schizophrénie	• Utilisation du langage • Douleur vécue avec une certaine indifférence ou des attitudes paradoxales (plaintes véhémentes puis indifférence) • Angoisses de morcellement et de dissociation corporelle qui peuvent se manifester par des douleurs à type de sensation d'éclatement du corps, de déchirement des membres
Les troubles anxieux	Les effets varient selon : • qu'elle focalise l'attention du sujet sur sa douleur : ↑ de la perception douloureuse • ou au contraire, détourne l'attention du patient : ne modifie pas la perception douloureuse, voire la diminue
La dépression La mélancolie	• Présence de douleur dans le cadre des syndromes dépressifs : céphalées, névralgies, précordialgies, rachialgies, lombalgies, douleurs dentaire • Délire et ressentir le corps comme déchet • Douleur = une souffrance à expier

❷ Evaluation de la douleur

Pas d'échelle d'évaluation spécifique de la douleur en santé mentale.

Abord clinique :

- Interrogatoire parfois aléatoire dans un contexte de délire, mais savoir décoder le langage
- L'examen : prêter une attention particulière aux changements de comportements et d'habitudes

Patients communicants	Patients ayant des difficultés de communication ou non communicants
Patients psychotiques : • Schéma topographique • EVS • Echelle des 6 visages (Face Pain Scale) Pour les syndromes dépressifs, on peut s'aider de l'EVA, mais non fiable et non reproductible).	La grille d'évaluation de l'expression de la douleur chez les adultes ou adolescent polyhandicapés : échelle EDAAP.

❸ Traitements

Ils sont identiques aux autres situations cliniques avec certaines précautions d'emploi en fonction de l'état clinique et surtout des traitements psychotropes associés.

Médicamenteux

1. Antalgiques non opioïdes
- Paracétamol : bonne tolérance
- AINS : à éviter chez les patients sous lithium

2. Opioïdes faibles
- Codéine, adapter la posologie si co-morbidités addictives
- Tramadol : utiliser avec prudence chez patients traités par des médicaments pouvant diminuer le seuil épileptogène et risque de convulsions

3. Opioïdes forts
- Morphine : utiliser de préférence la voie orale, sauf cas particuliers. Prescrire systématiquement un laxatif chez les patients sous neuroleptiques
- Fentanyl : intéressant chez les patients psychiatriques avec co-morbidités addictives, car absence de pic plasmatique et forte affinité pour les récepteurs, ce qui minimise les interférences d'un traitement de substitution

4. Autres Techniques :
- Anesthésie de contact : EMLA (crème et patch)
- MEOPA : excellente technique (actions anxiolytiques + antalgiques)

Non médicamenteux

Toutes les techniques peuvent être utilisées :
- Stimulation thermique :
  - Chaud
  - Froid
- Kinésithérapie
- Méthodes de relaxation
- Approche cognitivo-comportementale

☞Attention à l'hypnose, contre-indiquée dans certaines pathologies psychiatriques

Q - DOULEUR LORS DES CRISES VASO-OCCLUSIVES DES DREPANOCYTAIRES

Evaluer l'état du patient à l'arrivée : EVA, température, TA, FR, FC, SpO2, localisation des sites douloureux, bilan biologique Oxygénothérapie 3 l / mn si SpO2 < 98%, le patient doit être soulagé avant d'être envoyé en radiologie

EVA ≥ 4	**EVA < 4**
1) **Hydratation** : cristalloïdes 2 litres / 24 heures IV **2) Titration de la morphine** : Débuter par : 5 mg IV puis réinjecter 3 mg / 5 à 10 mn jusqu'à obtention d'une **EVA < 4** Evaluation de la FR, EDS, EVA toutes les 10 mn ≥Arrêt de la titration si échelle respiratoire > R2 ou EDS > 2 **Si nécessité de bolus** : mise en place d'une PCA : Bolus de 1 à 3 mg/10 à 15 minutes Dose max 16 à 30 mg/ 4 heures Pas de dose continue **Si douleur intense reprendre la titration** **Si soulagement rapide après la titration et situation stable** Morphine discontinue bolus de 5 mg / 2 à 4 heures IVL si EVA ≥ 4	1) Hydratation de 2 litres / 24 h per os sinon IV 2) Paracétamol codéiné 500 mg ; 2 cp x 3 / jour Evaluation de la FR, EVA toutes les 30 mn --- ***Si patient difficile à perfuser*** : 10 mg de morphine en SC avant la mise en place de la perfusion et paracétamol 1 g. Dans le cas où le patient est non perfusable, réévaluer à 20 mn et refaire 2,5 mg de morphine SC toutes les 20 minutes jusqu'à l'obtention d'une EVA < 4 ***Traitement adjuvant*** : **Vichy** 500 cc / jour, **Spéciafoldine** 2 cp / jour**, laxatifs,** en cas de nausées et vomissements : **Dropéridol** 2,5 mg / 24 h dans la SAP. Pas de Benzodiazépine, **Atarax** en cas d'insomnie ou d'anxiété. **En cas de prurit :** prescription de Nubain® à 1/10ème de dose de morphine dans la préparation de PCA (ex : pour 50 mg de morphine dans la SAP on mettra 5 mg de Nubain® dans la seringue). ***Narcan : 1 amp de 0,4 mg en IV si échelle respiratoire > R2***

Annexes

Tableau d'équi-analgésie | Abréviations | Tableaux | Index

COEFFICIENTS DE CONVERSION DES PRINCIPAUX OPIOÏDES DES PALIERS II ET III

DCI	Coef. de conversion	Equivalence de dose de morphine orale
Codéine	1/6	60 mg de codéine = 10 mg de morphine
Dihydrocodéine	1/3	60 mg de D-codéine = 20 mg de morphine
Dextropropoxyphène	1/6	60 mg de dextropropoxyphène = 10 mg de morphine
Tramadol	1/5 à 1/6	50 à 60 mg de tramadol = 10 mg de morphine
Péthidine	1/5	50 mg de péthidine = 10 mg de morphine
Fentanyl transdermique	variable	25 mcg / h de durogésic # 60 mg de morphine
Buprénorphine sublinguale	30	0,2 mg de buprénorphine SL = 6 mg de morphine
Nalbuphine sous-cutanée	2	5 mg de nalbuphine SC = 10 mg de morphine
Hydromorphone	7,5	4 mg d'hydromorphone = 30 mg de morphine
Oxycodone	2	5 mg d'oxycodone = 10 mg de morphine
Méthadone	3 - 4/10	1 mg méthadone = 3-4 mg morphine si dose ≤ 90 mg morphine orale ou = 10 mg si dose équivalente > 90 mg
Morphine intraveineuse	3	1 mg de morphine IV = 3 mg de morphine per os
Morphine sous-cutanée	2	1 mg de morphine SC = 2 mg de morphine per os

☞ **Certains calculs de conversion peuvent varier d'une source bibliographique à l'autre et demeurent donc empiriques**

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
AIT : Accident Ischémique Transitoire
ALR : Anesthésie Loco-Régionale
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AL : Anesthésique Local
BH : Bilan Hépatique
CI : Contre Indiqué
CLCR : CLairance de la CRéatinine
CP : Comprimé
DCNC : Douleur Chronique Non Cancéreuse
DN : Douleur Neuropathique
DPO : Douleur Postopératoire
EDS : Echelle de Sédation
EN : Echelle Numérique
EVA : Echelle Visuelle Analogique
EVS : Echelle Verbale Simple
GPD : Geste Potentiellement Douloureux
HTA : HyperTension Artérielle
IC : Insuffisance Cardiaque
IEC : Inhibition de l'Enzyme de Conversion
IHC : Insuffisance Hépato-Cellulaire
IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons
IRA : Insuffisance Rénale Aiguë
IDM : Infarctus Du Myocarde
IRS-NA : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine ou de la Noradrénaline
IV : Intraveineux (IVL : Intraveineux lent)
LI : Libération immédiate
LP : Libération prolongée
MCG : Microgramme
MEOPA : Mélange Equimolaire Oxygène / Protoxyde d'Azote
MLI : Morphine à Libération Immédiate
MLP : Morphine à Libération Prolongée
PCA : Patient Controlled Analgesia (ACP : Analgésie Contrôlée par le Patient)
PEC : Prise en charge
SA : Semaine d'aménorrhée
SAP : Seringue auto-pousseuse
SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences
SNC : Système Nerveux Central
SSPI : Salle de Soins Post Interventionnels
TCC : Thérapeutique cognitivo-comportementale
TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Neurostimulation transcutanée périphérique)

· DOULEUR
· ÉVALUER
· TRAITER
SOULAGER



Ce livret, et les actualisations à venir, est accessible en ligne sur intranet : http://portail-cms.aphp.fr/interclud/